

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° —

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU DE L'ADULTE

— A propos de 25 Cas —

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE
« MENTION MEDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1973

P A R

NADJI Chawki

né le 21 Octobre 1943 à DEIR-EZZOR (Syrie)

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. A. BERRAH, Professeur de Médecine Générale
et de Thérapeutique.

J U G E S : Mr. J. THOMAS, Maître de Conférences Agrégé
(Médecine Générale et Thérapeutique).

Mr. S. BIRO, Maître de Conférences
(Médecine Interne).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548218_0003

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
— ANNEE 1973 — N° —

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU DE L'ADULTE

— A propos de 25 Cas —

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE
« MENTION MEDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1973

P A R

NADJI Chawki

né le 21 Octobre 1943 à DEIR-EZZOR (Syrie)

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. A. BERRAH, Professeur de Médecine Générale
et de Thérapeutique.

J U G E S : Mr. J. THOMAS, Maître de Conférences Agrégé
(Médecine Générale et Thérapeutique).

Mr. S. BIRO, Maître de Conférences Agrégé
(Médecine Interne).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

à mon père et à ma mère

à mes soeurs

en témoignage de ma profonde affection.

à tous mes amis,

et plus particulièrement

à MOUAOUAD A.

à FAWZI F.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. BERRAH
Professeur de Médecine Générale
et Thérapeutique.

Il nous a accueilli avec bienveillance et honoré
en nous confiant ce travail.

Son enseignement brillant et l'étendue de ses
connaissances ont toujours suscité notre admiration.

Il nous fait l'honneur de présider le Jury de
notre thèse.

Nous ne pouvons que bien imparfaitement lui
exprimer *ici* notre gratitude et notre respectueux attachement.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur J. THOMAS
Maître de Conférences Agrégé de
Médecine Générale et thérapeutique.

Nous n'avons pas eu l'honneur de travailler sous sa direction mais nous avons grandement bénéficié des précieux enseignements qu'il nous a donné à la Faculté.

Nous ne saurions assez le remercier pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de notre sincère dévouement.

Monsieur le Docteur S. BIRO

Maître de Conférences en
Médecine Interne.

Il nous a reçu avec une extrême gentillesse et aidé tout au long de notre travail. Ses conseils ont été riches et pleins d'enseignement pour nous.

Il nous fait l'honneur de juger notre travail.

Qu'il nous permette d'exprimer ici notre vive reconnaissance et notre amitié.

A TOUS NOS PROFESSEURS DE LA FACULTE

A TOUS NOS PROFESSEURS DES HOPITAUX D'ALGER

et notamment à

Monsieur le Professeur BEN MILOUD Kh.

en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A toute l'équipe de psychiatrie d'Alger

et tout particulièrement aux Docteurs

KACHA F.

ADDELKADER F.

GRAHINI A.

I N T R O D U C T I O N

H I S T O R I Q U E

" L'histoire du rhumatisme dit LEVY-VALENSI, naît avec Hippocrate, le plus célèbre des ASCLEPIADES ". C'est en effet, dans le traité des affections, attribué à Hippocrate que l'on trouve la première description nette du rhumatisme articulaire aigu, sous le nom d'arthritidis; la fièvre survient, une douleur aiguë s'empare des articulations, et ces douleurs tantôt plus aiguës, tantôt plus douces, vont se fixer tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre ... Cette maladie est de courte durée, mais non mortelle : elle attaque les jeunes plutôt que les vieux ". On trouve là une description assez précise de l'attaque articulaire.

DELPEUCH disait que " les troubles locaux si sévères qu'ils soient s'effacent devant la gravité de l'état général où il y a maladie de la substance entière ou TUQUOS ". Dans ces cas, les articulations présentent tous les caractères de l'inflammation. Cette atteinte rhumatismale peut déborder le cadre articulaire. La récidive est toujours à craindre.

Puis, ces notions tombent dans l'oubli. GALIEN fait du rhumatisme une forme particulière de la goutte, et les deux maladies restent confondues. Ce n'est qu'à l'époque de la renaissance que la doctrine hippocratique est reprise. Au XVI^e siècle Jérôme CARDAN disait : "ce n'est pas la même chose que le morbus articularis et la podagre, dans le mal articulaire ... la douleur est mobile et passe d'une jointure à l'autre, il n'en est pas ainsi dans la podagre qui passe sans se jeter ainsi de côté et d'autre ".

Mais c'est BAILLOU qui a le plus nettement séparé le rhumatisme de la goutte " il admet d'ailleurs une étroite parenté des deux maladies, et le passage facile de l'une à l'autre, le rhumatisme n'étant qu'une préparation à la goutte qu'il nommera arthritidis; le mot arthritidis, ajoute DELPEUCH, a eu une destinée régulière. Opposé d'abord au mot podagre, il veut dire rhumatisme articulaire aigu, plus tard, il absorbe la goutte dans sa signification élargie,

comme au temps de SORANUS et de GALIEN.

Ce n'est qu'en 1643 que fut édité par JACQUES THEVARD le livre sur le rhumatisme et ce n'est qu'à partir de cette époque que la doctrine de BAILLON commença à se répandre.

Il faut arriver au XIX^e siècle pour voir l'éclosion de travaux essentiels. CHOMEL avait publié en 1813 son essai sur le rhumatisme où il déclarait que celui-ci n'existe qu'au niveau des articulations et qu'il n'y a pas de rhumatisme des viscères et un peu plus tard il disait encore que l'endocardite, si endocardite il y a, n'apparaît dans le rhumatisme articulaire aigu que comme exception et non comme la règle. Or BOUILLAUD venait de publier en 1835, le traité clinique des maladies du coeur dans lequel il affirmait les rapports de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme, et en 1836 les nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général et spécialement sur la loi de la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie l'ont confirmé.

C'est bien de BOUILLAUD que date l'histoire moderne du rhumatisme. C'est grâce à lui qu'il commence à être bien isolé et individualisé et le nom de maladie de BOUILLAUD peut donc lui être légitimement attribué. Mais une certaine confusion régnait encore, et ce n'est que peu après qu'il a été séparé cliniquement d'un certain nombre d'affections différentes. LASEGUE établit avec précision les différences essentielles entre le rhumatisme vrai et les manifestations articulaires des diverses maladies infectieuses. C'est BOUCHARD en 1881 et ses élèves BOURCY et de LAPERSONNE qui formulent nettement la notion des pseudo-rhumatismes infectieux, et l'on peut dire qu'à partir de ce moment, les connaissances cliniques essentielles sur le rhumatisme articulaire aigu sont définitivement acquises.

L'évolution du rhumatisme articulaire aigu a été bien suivie et discutée surtout chez l'enfant et l'atteinte cardiaque conco-

mittante a frappé les auteurs. NOBECOURT et PARAF indiquent le chiffre de 70 %, MAY WILSON pense que l'atteinte cardiaque est constante chez l'enfant.

Chez l'adulte où le rhumatisme articulaire aigu reste moins grave que chez l'enfant à cause de la moindre fréquence de l'atteinte cardiaque, il peut poser un problème diagnostique avec un certain nombre de rhumatismes inflammatoires. Sa distinction avec le rhumatisme dit " post-angineux " reste possible. COSTE et CHEVALIER avaient défini les caractères de ce dernier : fixité des arthralgies, petit nombre de localisations articulaires, fréquence de l'atteinte tibio-tarsienne et des pieds et l'intégrité du coeur.

En Algérie, le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte est rare, puisque nous n'avons colligé que 25 cas dans une période de 6 ans. Son pronostic reste sérieux à cause de ses éventuelles complications cardiaques.

Ces données nous ont incité à faire le présent travail et essayer de présenter une étude d'ensemble de cette affection dont il convient de tracer le profil à travers ces quelques cas.

Comme plan d'étude, nous avons adopté :

- I - INTRODUCTION ET HISTORIQUE
- II - CARACTERISTIQUES DU R.A.A. CHEZ L'ADULTE
- III - MATERIEL ET METHODE DE TRAVAIL
- IV - OBSERVATIONS
- V - DISCUSSION
- VI - CONCLUSION.

C A R A C T E R I S T I Q U E S D U R H U M A T I S M E

A R T I C U L A I R E A I G U C H E Z L ' A D U L T E

A - SUR LE PLAN CLINIQUE

Qu'il soit chez l'enfant ou chez l'adulte, on désigne sous le nom de rhumatisme articulaire aigu, les manifestations articulaires pluri-focales et régressives qui succèdent à une affection streptococcique. Cela peut revêtir chez l'adulte deux aspects :

1°) Soit sous forme de rechute chez un sujet qui a eu auparavant des épisodes de même nature.

2°) Soit sous forme de primo-invasion de la maladie de BOUILLAUD.

Cette première atteinte rhumatismale est rare chez l'adulte, peut revêtir une symptomatologie sévère. Cette rareté tient à la réceptivité. L'âge se situe souvent entre 20 et 40 ans.

Dans les deux cas, l'atteinte évolue en trois phases :

1/ L'agression streptococcique :

Elle précède de 15 à 20 jours l'atteinte articulaire. C'est une angine dans 60% des cas selon J. MARTY. Elle est de type variable, érythémateuse ou pultacée, d'intensité également variable; à l'extrême, elle peut revêtir la forme d'un véritable phlegmon amygdalien.

Ailleurs, la porte d'entrée peut être représentée par une otite, une sinusite, une laryngite, une grippe ou une infection cutanée streptococcique.

2/ Les manifestations articulaires :

C'est une atteinte pluri-articulaire généralement (65 % selon J. LAABAN), mono-articulaire dans les autres cas; elle est franche, fluxionnaire, touchant par ordre de fréquence : les genoux, les poignets, les tibio-tarsiennes, les scapulo-humérales,

les orteils et le rachis. Ces atteintes ont un caractère plus fixe que chez l'enfant, et s'accompagnent d'importants signes généraux : pâleur du visage, sueurs abondantes, fièvre à 38°, 39°.

3/ Les signes viscéraux extra-cardiaques :

Les manifestations pleurales sont très rares chez l'adulte. Le rhumatisme cérébral est gravissime mais il est exceptionnel. Il s'accompagne de délire, de céphalée, et d'anxiété. Le tableau est souvent mortel. Par contre, les formes péritonéales pseudo-appendiculaires du rhumatisme articulaire aigu ne sont pas rares chez l'adulte. Les néphrites albuminuriques sont assez fréquentes : elles ont essentiellement une expression biologique. Les atteintes cutanées sont rares chez l'adulte, les nodosités hypodermiques de MEYNET reproduisent histologiquement le nodule d'Aschoff. Ce sont des érythèmes de deux sortes : marginé discoïde de Besnier ou annulaire de Lendorf qui siègent au niveau du thorax. Enfin la chorée est rare chez l'adulte.

4/ Les signes cardiaques :

L'atteinte cardiaque est fréquemment rencontrée, alors que la plupart des auteurs considèrent que plus l'âge est avancé et plus les manifestations articulaires prennent de l'importance. J. LAABAN a retrouvé cette atteinte cardiaque dans 42,5% dans une étude de 40 cas, au moment de la phase aiguë : 37% de ces cas étaient transitoires et 4,5% ont persisté.

a - Les péricardites :

Sont peu fréquentes, elles sont rarement patentes, plus souvent, elles s'expriment seulement par des anomalies électrocardiographiques; leur évolution est toujours favorable.

b - Les myocardites :

Sont plus fréquentes. Elles s'expriment par des troubles du rythme et des anomalies à l'électrocardiogramme. Elles sont constantes dans les formes graves et évolutives, et sont alors associées à l'atteinte d'autres tuniques.

c - Les endocardites :

Les souffles retrouvés fréquemment sont essentiellement systoliques. Dans la majorité des cas, ils sont entendus à la pointe, moins fréquemment au foyer aortique ou dans la région endapexienne. Ils disparaissent généralement sous traitement. Par contre, les souffles diastoliques sont définitifs.

L'évolution du rhumatisme articulaire aigu de l'adulte est variable
(tout comme chez l'enfant) :

- Sans traitement :

Les complications cardiaques apparaissent dans les premiers mois qui suivent une crise, l'installation de valvulopathies est indépendante de l'intensité de la crise articulaire.

- Sous traitement :

L'évolution est souvent favorable, les éléments de surveillance sont cliniques, biologiques et électrocardiographiques :

* sur le plan clinique : nous insistons sur la disparition des douleurs articulaires, la disparition de la fièvre et la normalisation du pouls.

* sur le plan biologique : c'est la diminution de la vitesse de sédimentation, la diminution ou la stabilisation des ASLO,

la diminution des alpha 2 globulines, enfin sur la normalisation de la fibrinémie.

* sur le plan électrocardiographique : c'est la normalisation de l'espace PR.

B - SUR LE PLAN BIOLOGIQUE

Le diagnostic repose sur des éléments de probabilité, des éléments plus rigoureux, et des tests semi-spécifiques.

- Les éléments de probabilité :

* Anémie modérée, avec hyperleucocytose (10.000 à 15.000 G.B.) et polynucléose neutrophile.

* Accélération de la vitesse de sédimentation globulaire qui dépasse souvent 100 millimètres à la première heure.

* Surtout hyperfibrinémie supérieure à 5 gr, et pouvant dépasser 10 gr/litre, témoignant des perturbations protidiques dues au processus inflammatoire.

- Les éléments plus rigoureux mais non spécifiques :

* Augmentation des alpha 2 globulines à l'électrophorèse des protides.

* Augmentation nette des alpha 1 et alpha 2 glucoprotéines avec apparition ou augmentation de la C réactive-protéine.

* Enfin, augmentation de l'indice d'haptoglobine.

- Les tests semi-spécifiques :

a - La recherche du streptocoque A - Béta - hémolytique dans la gorge peut être infructueuse si des antibiotique ont été

administrés lors de l'atteinte rhino-pharyngée. Il peut y avoir également disparition spontanée du germe.

b - La recherche des antistreptolysines O (ASLO) n'a de valeur formelle que si les taux retrouvés sont importants et baissent lors des examens ultérieurs. Signalons l'existence de deux causes d'erreur :

- La première erreur consiste à trouver un taux d'antistreptolysines O normal avec élévation des antistreptokinases ou des antihyaluronidases.

- La deuxième erreur se trouve dans l'existence dans le sang circulant d'inhibiteurs non spécifiques de la streptolysine; on les rencontre dans la tuberculose pulmonaire, la néphrose lipoïdique, les hépatites ictérogènes, les cirrhoses, les néoplasies qui compriment les voies biliaires et enfin les ostéosarcomes.

C - SUR LE PLAN ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

Les anomalies électrocardiographiques au cours de la phase aiguë du rhumatisme articulaire aigu sont relativement fréquentes. J. MARTY dans une étude faite sur 100 cas de rhumatisme articulaire aigu a retrouvé une proportion de 46 % d'anomalies électrocardiographiques, ces dernières sont de 3 ordres :

a - Les troubles du rythme sont les anomalies les plus fréquentes. Ce sont par ordre de fréquence : le bloc auriculo-ventriculaire de type I (ou allongement de PR), le bloc auriculo-ventriculaire de type II (ou bloc incomplet) avec période de LUCIANI - WENCKEBACH, le bloc auriculo-ventriculaire de type III (ou bloc complet), la tachycardie sinusale, l'extra-systolie et le wandering pace-maker.

Ces troubles du rythme disparaissent généralement sans séquelles sous corticothérapie.

b -- Les troubles de la repolarisation sont moins fréquents que les troubles du rythme, qu'il s'agisse d'ischémie sous endocardique ou d'ischémie sous épocardique.

c -- Par contre les troubles de la conduction intra-ventriculaire sont rares.

M A T E R I E L E T M E T H O D E S D E T R A V A I L

MATERIEL D'ETUDE

Notre étude porte sur 25 cas de rhumatisme articulaire aigu colligés de 1966 à 1972 dans deux services de médecine.

- 22 cas dans le Service du Professeur BERRAH du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger (hôpital Mustapha).

- 3 cas dans le Service de Médecine de l'hôpital Central d'Instruction Militaire de l'Armée Nationale Populaire (Service du Professeur THOMAS).

La répartition des malades selon le sexe se fait de la manière suivante :

- 12 hommes
- 13 femmes.

L'âge des malades est compris entre 20 et 49 ans.

METHODES

Pour chacune de nos observations nous avons essayé de préciser les données suivantes :

- étiologique
- clinique
- biologique
- électrocardiographique
- évolutive
- thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 :

G... Brahim, âgé de 34 ans, originaire de Médéa, admis dans le service le 12.9.1966 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :- Antécédants personnels :

Marié, père de 3 enfants, a été appendicectomisé en 1958, a présenté des angines à répétition.

- Antécédants familiaux : 3 enfants en bonne santé.- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 7 jours, marqué par une fièvre, une asthénie intense, des douleurs articulaires au niveau des deux chevilles, des deux genoux, de l'articulation scapulo-humérale, et du coude gauche. Les différentes articulations étaient tuméfiées. L'impotence fonctionnelle était quasi-totale. Le malade a consulté un médecin qui lui a prescrit de la pénicilline et des corticoïdes. Ce traitement a entraîné une sédation de la douleur, mais les mouvements sont restés limités.

ETAT A L'ENTREE :- Au point de vue clinique :

Malade en bon état général, mais la température était à 39°.

* Appareil loco-moteur :

Epaule, coude gauche, genou gauche, cheville droite sont tuméfiées, chauds, la mobilisation est douloureuse.

* Appareil cardio-vasculaire :

Les bruits du coeur sont réguliers, bien perçus, il n'y a pas de souffle, ni roulement. La tension artérielle est à 12-7, le pouls est à 80 /mn.

* Les autres appareils :

- pleuro-pulmonaires : toux sèche, auscultation normale.

- digestif : abdomen sensible.

- Uro-génital : normal.

- Au point de vue biologique :

Hématocrite : 36,5%; globules rouges : 3.710.000; globules blancs : 14.200 ; polynucléaires neutrophiles 70, lymphocytes 25, monocytes 5; glycémie 1,28 g/l, azotémie 0,40 g/l, vitesse de sédimentation : 80 - 109, fibrinémie 6 g/l, ASLO : 100 U.T, Apha 2 globulines : 16,1, cétonurie : ++, glucosurie : 0, albuminurie : 0, urée urinaire : 42 g/l.

- Au point de vue électrocardiographique : normal.

- Au point de vue radiologique : téléthorax normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Au point de vue clinique : état général bon.

- Au point de vue biologique : Globules rouges : 4.450.000, globules blancs : 14.000, PN : 82, E : 0, L : 18, VS : 20 - 47.

- Au point de vue électrocardiographique : normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : bipénicilline : 1 million par semaine, relayée par extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 80 mg/ jour. Aspirine 4 comprimés à 0,5 g/jour. Bismuth 10 g/jour et chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 7.11.1966.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Le malade ayant une rechute de R.A.A. le 11.10.1968 a été admis à l'hôpital pendant 4 jours, le bilan rhumatismal est négatif. Le malade revu 6 ans après sa première crise : pas de douleur articulaire et pas de localisation cardiaque.

CONCLUSION :

Malade âgé de 34 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 2 :

M... Djohor, âgée de 24 ans, originaire d'Alger, a été admise dans le service le 11.1.1968 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :- Antécédents personnels :

Mariée, 2 grossesses avant terme à 6 et 7 mois, pas de notion d'angines.

- Antécédents familiaux : mari et parents en bonne santé.- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 7 jours, marqué par une tuméfaction du genou, coude et poignets droits, avec douleur discrète sans limitation de mouvements, la malade avait de la fièvre, des frissons toute la journée.

ETAT A L'ENTREE :- Au point de vue clinique :

Bon état général, elle présente une asthénie et une discrète anémie, avec fièvre à 37°7.

* Appareil loco-moteur :

On note une douleur au niveau de l'épaule droite à la mobilisation, par ailleurs on ne trouve pas de tuméfaction articulaire, les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire :

Les bruits du cœur sont normaux, pas de souffle.
La tension artérielle : 11 - 6, le pouls : 60 /mn.

* Les autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : hépatomégalie à un travers de doigt.
- uro-génital : normal.

- Au point de vue biologique :

Hématocrite : 27 %; GR : 2.910.000, GB : 8.400; fibrinémie : 6,4 g/l, V.S. : 136 - 140, CRP : 6 mm (+++++) électrophorèse : Alpha 2 globulines : 17, Bêta : 22, azotémie : 0,26 g/l, albuminurie : 0, test d'Addis : leucocytes : 16.500/mm, hématies : 0, cylindre : 0, acétonurie et glucosurie : 0, urée urinaire : 17 g/l, le BW (-), bacilloscopie (-).

- L'électrocardiogramme est normal.

Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique :

Au 9ème jour : douleur articulaire au niveau de l'épaule droite. L'état général est bon, à l'auscultation du coeur : éclat de B1. La température est à 37°8, la tension artérielle est à 11 - 6.

- Biologique :

Au 29ème jour : V.S. : 4 - 18, fibrinémie : 1,50 g/l. GR : 3.800.000, GB / 14.600, hématocrite : 36 %, glycémie : 1,03g/l.

- L'électrocardiogramme est normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 20 jours, relayé par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours.

Cortancyl : 70 mg par jour, Natisédine 2 comprimés par jour, Bismuth 10 g/jour, Chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours.
Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 3.3.1968.

CONCLUSION :

Malade âgée de 24 ans, a présenté une première atteinte de R.A.A. sans cardite.

OBSERVATION N° 3 :

D... Zohra, âgée de 30 ans, admise dans le service le 6. 4.1968 pour polyarthralgie fébrile.

ETIOLOGIE :- Antécédents personnels :

Mariée, a été hospitalisée en 1967 pour pneumopathie aiguë.

- Antécédents familiaux :

6 enfants vivants et bien portants. La mère avait eu une pneumopathie.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 40 jours, marqué par une asthénie, des arthralgies accompagnées de fièvre et de frissons avec expectoration purulente et dyspnée d'effort.

A L'ENTREE :- Au point de vue clinique :

Asthénie, pâleur, hypocratisme digital et fièvre à 38°.

* Appareil loco-moteur :

Polyarthralgie sans localisation précise.

* Appareil cardio-vasculaire :

Les bruits du coeur sont réguliers mais assourdis, la tension artérielle est à 13 - 8, le pouls à 108 /mn. On note un reflux hépato-jugulaire.

* Autres appareils : pleuro-pulmonaire : on trouve des râles crépitants à l'auscultation, localisés à la base, submatité à la percussion de la base.

- digestif : pli cutané abdominal, hépatomégalie à 3 travers de doigts.

- uro-génital : normal.

- Au point de vue biologique :

Hématocrite : 27,5%; GR : 2.950.000, GB : 13.200, glycémie : 1,2 g/l. V.S. : 115 - 123; fibrinémie : 7,8 g/l. ASLO : 100 UT, CRP : 6 mm; albuminurie : 0, urée urinaire 18 g/l. test d'Addis : hématies : 7.500 /mm, leucocytes : 1.000/mm, cellules épithéliales : 9.500/mm.

- L'électrocardiogramme est normal.

- Téléthorax : surcharge hilare droite, l'arc moyen gauche est convexe. On trouve au niveau de la base gauche des opacités non systématisées avec des calcifications.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Sur la plan biologique :

Hématocrite : 30 %, GR : 3.200.000, GB : 9.600, V.S. : 55 - 95, fibrinémie : 5,50g/l, glycémie 0,94 g/l; test d'Addis : hématies : 6.000/mm, leucocytes : 3.000/mm.

- L'électrocardiogramme reste normal.

- Le téléthorax se normalise.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : aspirine 2 suppositoires par jour pendant 3 jours. Pénicilline 2 millions par jour. Cortancyl 70 mg/jour. Sis-muth 10 g/jour, Chlorure de potassium 2 g/jour.

La malade sort le 13.5.1968 contre avis médical.

CONCLUSION :

Malade âgée de 38 ans a présenté une primo-invasion rhumatismale sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 4 :

S... Aïcha, âgée de 21 ans, originaire d'Alger, est admise dans le service le 1.5.1968 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : Mariée, pas d'antécédents chirurgicaux, notion d'angine.

- Antécédents familiaux : Mari et parents en bonne santé.

- Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 jours, marqué par une tuméfaction douloureuse des genoux, avec une impotence fonctionnelle, le poignet gauche fut atteint 2 jours plus tard.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique :

L'état général est bon, la température est à 37°8, il y a légère anémie.

* Appareil loco-moteur : on ne note pas de tuméfactions articulaires, les mouvements de flexion-extension du genou sont légèrement limités, mais sont indolores.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, mais assourdis, il n'y a pas de souffle. La tension

artérielle : 12 - 8, le pouls : 76 /mm.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 28 %, GR : 3.060.000, GB : 10.600, PN : 74, hémoglobine : 52 %; VS : 128 -135, fibrinémie : 8,80 g/l. ASLO :-, CRP : 3 mm, Alpha 2 globulines : 20,6 ; Gamma globulines : 18; glycémie 1,06g/l. BW :(-), test d'Addis : hématies : 19.600/mm, leucocytes : 84.000/mm, cellules épithéliales : 8.400/mm, albuminurie : 0, glucosurie : 0.

- L'électrocardiogramme est normal.

- Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Biologique :

- Au 15ème jour du traitement : hématocrite : 38 %; GR : 4.000.000, GB : 12.000, PN 81, VS : 15 - 55, test d'Addis : hématies : 10.800/mm, leucocytes : 2.700/mm.

- au 29ème jour : hématocrite : 41 %, GR : 4.370.000, GB : 11.400, PN : 80 %, VS : 12 - 40, azotémie : 0,26 g/l. Test d'Addis : hématies : 5.000/mm, leucocytes : 2.800/mm.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : cortancyl 70 mg/jour, pénicilline 2 millions par jour relayée par 1.200.000 d'extencyliline tous les 15 jours, bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours.
Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 24.7.1968.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 22 ans, a présenté une primo-invasion rhumatismale, sans localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 5 :

B... Djamila, âgée de 30 ans, originaire de Saint Ferdinand, est admise dans le service le 30.8.1968 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels :

Mariée à l'âge de 16 ans, a présenté une angine négligée il y a 2 mois.

- Antécédents familiaux : Mari et enfants en bonne santé.

- Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à 9 jours, marqué par l'atteinte des deux genoux, des deux chevilles et de la hanche gauche, avec impotence fonctionnelle totale.

A L'ENTREE :

- Au point de vue clinique :

L'état général est médiocre, une asthénie marquée avec anorexie, la température est à 38°.

* Appareil loco-moteur : le poignet, l'épaule et le genou gauches sont tuméfiés, chauds et douloureux au moindre mouvement. La flexion-extension est limitée.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont réguliers, on ne trouve pas de souffle à l'auscultation. La tension artérielle est à 12 - 9, le pouls : 80/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.

- digestif : gorge rouge avec petites ulcérations.

- Uro-génital : normal.

- Au point de vue biologique :

Hématocrite : 34,5 %, GR : 3.650.000, GB : 14.200, PN : 74, B et E : 0, L : 25; M : 1, glycémie 1,43 g/l. VS : 97 - 109; ASLO 200 UT, CRP : 2 mm, fibrinémie : 12 g/l. Alpha 2 globulines : 20,7, BW (-), urée urinaire : 34 g/l; albuminurie : 0, glucosurie : 0, test d'Addis : hématies : 25.000/mm, leucocytes : 85.000/mm, cellules épithéliales : 200/mm.

- L'électrocardiogramme et le téléthorax ne présentent aucune particularité.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Au point de vue clinique : les arthralgies persistent au niveau des genoux et chevilles, mais les mouvements articulaires sont possibles. Les bruits du cœur sont assourdis, on ne trouve pas de souffle, la tension artérielle 14 - 5, le pouls 92/mn.

→ Au point de vue biologique :

GR : 4.060.000, GB : 12.400, PN : 64, E : 1, glycémie : 0,86 g/l. VS : 24 - 52, fibrinémie : 5,70 g/l., urée urinaire : 44 g/l. glucosurie : 0, albuminurie : 0, test d'Addis : hématies : 0, leucocytes : 61.500/mm, cylindre : 0.

→ L'électrocardiogramme est normal.

THERAPEUTIQUE :

→ A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 18 jours, extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, cortancyle 70 mg/jour, bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

→ A la sortie : extencilline : 1.200.000 tous les 15 jours Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 20.12.1968.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 30 ans, a présenté une première crise rhumatismale sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 6 :

B... Saïd, âgé de 37 ans, originaire de Constantine, admis dans le service le 30.11.1968 pour tuméfaction douloureuse des deux genoux.

ETIOLOGIE :- Antécédents personnels :

Marié, a présenté une angine non traitée.

- Antécédents familiaux :

Mère décédée, père et 3 frères en bonne santé.

- Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à 2 jours, à la suite d'une angine non traitée, marqué par des douleurs au niveau des deux genoux. Ces deux articulations sont tuméfiées et la mobilisation active est douloureuse, quelques jours après, c'est le coude qui est devenu douloureux.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général conservé, pas d'anémie ni asthénie, la température est à 37°2.

* Appareil loco-moteur : le genou droit est tuméfié. La flexion-extension est douloureuse. Les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, pas de souffle, la tension artérielle : 14 - 7, le pouls 80/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : toux sèche, dyspnée d'effort.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 46%; GR : 3.820.000, GB : 16.200, PN : 77, L : 22; fibrinémie : 9,6g/l. ASLO : 150 U.T, CRP : 6 mm; VS : 90 - 95, phosphatase : 6,6, urée sanguine : 0,22 g/l. Test d'Addis : hématies : 1.400/mm, leucocytes : 1.800/mm; glucosurie : 0, albuminurie : 0.

Prélèvement de gorge : à l'examen direct gram + et gram -, bacilloscopie -.

- L'électrocardiogramme et la silhouette cardio-vasculaire sont normaux.

L'évolution immédiate est favorable aussi bien sur le plan clinique que biologique.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant un mois, relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 80 mg par jour. Bismuth 10g/jour, chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 13.2.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Malade revu 4 ans après, présente une douleur discrète au niveau du genou droit à la marche. Il n'y a pas de localisation cardiaque.

CONCLUSION :

Malade âgé de 37 ans, a présenté une première crise de R.A.A. Revu 4 ans après on ne constate ni rechute de R.A.A. ni de localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 7 :

B... Fatima, âgée de 49 ans, est admise dans le service le 5.3.1969 pour douleur articulaire au niveau des deux genoux.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : veuve, mère de 3 enfants, pas de notion d'angine.
- Antécédents familiaux : pas d'antécédents pathologiques.
- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 10 jours, marqué par des douleurs articulaires au niveau des deux genoux. Il s'agit de douleurs spontanées à recrudescence nocturne, qui ont entraîné une impotence fonctionnelle.

ETAT A L'ENTREE :- Clinique :

Bon état général, néanmoins on note une asthénie, pas d'anémie ni d'hyperthermie.

* Appareil loco-moteur : les deux genoux sont tuméfiés, pas de douleurs, ni de chaleur, les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont normaux, la tension artérielle : 12 - 7, le pouls 80/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 36 %, GR : 3.800.000, GB : 12.800, PN : 83, glycémie : 1,13g/l, azotémie 0,58g/l. Fibrinémie : 9g/l. VS: 104-111, ASLO: 300 UT, CRP : 5mm, Alpha 2 globulines : 10,5, Bêta globulines: 15,6; albuminurie : 0, glucosurie : 0, test d'Addis : hématies : 4.900/mm, leucocytes : 14.000/mm; BW(-).

- L'électrocardiogramme est normal.

- Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, température : 37°4, tension artérielle 14 - 9, pouls 84/mn.

- Biologie :

- au 10ème jour :

Glycémie : 1,21 g/l. VS : 85-96, hématocrite : 43%; GR : 4.500.000, GB : 18.000, azotémie : 0, 30g/l.

au 30ème jour :

Hématocrite : 44%, GR: 4.660.000, GB: 9.600, glycémie : 0,91g/l. VS: 10-28, fibrinémie : 2,8g/l. Test d'Addis : hématies : 28.000/mm, leucocytes : 12.000/mm.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour. Chlorure de potassium 2gr/jour.

- A la sortie : Cortancyl 4 comprimés par jour à 5 mg. Alcacyl 4 comprimés par jour. Extencilline 1.200.000 tous les 15 jours pendant 3 mois.

La malade sort le 18.4.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade n'a pas répondu à la convocation.

CONCLUSION :

Malade âgée de 49 ans, a eu une première crise de R.A.A. sans cardite.

OBSERVATION N° 8 :

A... Ali, âgé de 25 ans, originaire d'El-Galis, est admis dans le service le 26.3.1969 pour polyarthrite.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, pas d'antécédents pathologiques.
- Antécédents familiaux : mère et 3 frères en bonne santé.
- Histoire de la maladie : le début remonte à 15 jours, marqué par une angine mal soignée. Le malade aurait présenté une asthénie, des douleurs articulaires au niveau du genou gauche.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'anémie ni asthénie, température à 38°.

* Appareil loco-moteur : le genou droit est tuméfié, douloureux à la palpation, flexion-extension possible, masi limitée.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont normaux, on ne note pas de souffle, la tension artérielle est à 15-7, le pouls 60/mn.

* Autres appareils : normaux.

- Biologie :

Hématocrite : 40%, GR : 3.950.000, GB: 9.000, PN : 78, fibrinémie : 7,6 g/l. ASLO : 200 UT, CRP 2mm, VS: 94-104, Alpha 2 globulines : 14,7; glycémie 1,28 g/l. azotémie 0,18g/l. albuminurie: 0.

- L'électrocardiogramme est normal.

- Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Biologique : GR : 5.000.000, GB:3.750, VS:2-5, glycémie: 0,91g/l.

- L'électrocardiogramme reste normal ainsi que le téléthorax

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour, relayée par extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortacyl 80mg/jour, Bismuth 10 g/jour. Chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline : 1.200.000 tous les 15 jours. Alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 20.5.1969.

CONCLUSION :

Malade âgé de 25 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 9 :

T... Saïda, âgée de 20 ans, originaire de Tunis, est admise dans le service le 2.4.1969 pour rechute de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : Mariée, notion d'angines à répétition depuis 2 ans.

- Antécédents familiaux : parents et mari en bonne santé.

- Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à 20 jours, marqué par une polyarthralgie, d'abord tibio-tarsienne, ensuite au niveau des 2 genoux. Cette douleur intense a entraîné une impotence fonctionnelle obligeant la malade à s'aliter. Elle est surtout à recrudescence nocturne et s'accompagne de fièvre et de palpitation avec dyspnée.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'asthénie, ni anémie, température à 38°2.

* Appareil loco-moteur : les articulations sont tuméfiées, douleur à la mobilisation.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont normaux, on retrouve un souffle systolique de pointe de faible intensité, la tension artérielle est à 11-6, le pouls 68/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.

- digestif : normal.

- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 38,5%, GR : 4.100.000, GC : 10.000, PN : 69, glycémie : 1,01g/l. VS : 102-108, fibrinémie 68g/l. ASLO : 400 UT, CRP : 3mm, Alpha 2 globulines 17,7, Bêta globulines : 22,3; albuminurie : 0, glucosurie : 0, test d'Addis : hématies : 8.000/mm, leucocytes : 16.000/mm.

- L'électrocardiogramme est normal, il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : au 10ème jour au traitement, bon état général, pas d'anémie, pas de douleur articulaire. A l'auscultation du coeur disparition du souffle systolique, température à 37°8.

- Biologique :

Hématocrite : 39%, GR : 4.200.000, GC : 24.400, PN : 82, glycémie : 1,01g/l, VS : 15-30, fibrinémie : 7g/l.

- L'électrocardiogramme reste normal, ainsi que le téléthorax.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 21 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortacyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour. Chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 4.6.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Malade revue 3 ans après, elle a eu une 2ème crise rhumatismale. Il n'y a pas d'atteinte cardiaque.

CONCLUSION :

Malade âgée de 23 ans, a présenté une première crise de R.A.A. en 1967, rechute 2 ans après (1969) avec les mêmes localisations articulaires, mais sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 10 :

M... Aïssa, âgé de 37 ans, originaire de Aïn-Bessou, est admis dans le service le 17-9-1969 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : marié, a présenté une angine traitée sans résultat notable.
- Antécédents familiaux : 3 enfants en bonne santé, parents décédés.
- Histoire de la maladie :

Le début remonte à un mois, marqué par une angine qui a duré 15 jours, après un traitement inefficace, des douleurs sont apparues au niveau du genou gauche, gênant la flexion du genou. Trois jours après, c'est l'épaule droite qui est atteinte avec une douleur intense, la douleur est passée à l'épaule gauche et était à recrudescence nocturne.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique :

Bon état général, pas d'anémie ni asthénie, température à 37°8.

* Appareil loco-moteur : douleur à la palpation du coude et de l'épaule gauche, avec limitation des mouvements passifs et actifs.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, la tension artérielle est à 12-6, le pouls 72/mn.

* Autres appareils : RAS.

- Biologie :

Hématocrite: 36%, GR : 3.800.000, GB: 12.200, PN:78, fibrinémie : 6,80g/l. ASLO: 800 UT, VS: 95-104, CRP: 4mm, Waler-Rose, négatif, test au latex: négatif, glycémie : 0,91g/l, azotémie: 0,32g/l, glucosurie :0, bacilloscopie (-).

- L'électrocardiogramme est normal, il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, pas de fièvre, disparition des douleurs articulaires.

- Biologique :

Hématocrite : 42%, GR:4.400.000, GB:15.800, fibrinémie : 3,10g/l. ASLO :400 UT, CRP: 0,5mm, VS : 1-5, glycémie : 1,20g/l.

- L'électrocardiogramme reste normal ainsi que le téléthorax.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 24 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour. Chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : Extencilline 1.200.000 tous les 15 jours avec régime sans sel, alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade dort le 18.10.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

3 ans après la première crise de R.A.A., pas de rechute de R.A.A.

CONCLUSION :

Malade âgé de 37 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans atteinte cardiaque, et chez qui, après 3 ans, pas de localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 11 :

B... Ammar, âgé de 28 ans, originaire de Grande Kabylie, est admis dans le service le 4.2.1969 pour douleur articulaire.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, a été hospitalisé en 1961 à El-Kottar pour douleur articulaire.
- Antécédents familiaux : père et mère décédés.
- Histoire de la maladie : le début remonte à 8 jours, marqué par une douleur articulaire au niveau de la hanche gauche, du genou et de la cheville gauches. Les douleurs étaient intenses, entraînant une impotence fonctionnelle.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'anémie, température à 38°4.

* Appareil loco-moteur : les genoux sont chauds avec une douleur à la mobilisation.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont normaux, la tension artérielle : 11-7, le pouls : 60/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.

- digestif : normal.

- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 45%, GR: 4.700.000, GB:9.400, PN:77, glycémie :1,04g/l., azotémie 0,54g/l. VS:25-77, ASLO 200 UT, CRP:5mm fibrinémie : 7,9g/l. Alpha 2 globulines 14, Bêta globuline :9,4, Albuminurie 0,10 g/l. Glucosurie 0, BW (-).

- L'électrocardiogramme est normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, disparition des douleurs articulaires, apyrexie.

- Biologique : au 13ème jour du traitement

Hématocrite :44%; GR:4.600.000,GB:2.200, PN: 82, VS:6-24 albuminurie 0,

au 32ème jour :

Hématocrite 44%, GR : 4.500.000, GB: 5.800, PN 74, VS : 6-24.

- L'électrocardiogramme reste normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital on a institué la pénicilline 2 millions par jour relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10g/jour. Chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours Alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 24.3.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Le malade a été perdu de vue.

CONCLUSION :

Malade âgé de 28 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 12 :

H... Abdelkader, âgé de 34 ans, originaire d'Alger, est admis dans le service le 13.12.1969 pour une polyarthralgie fébrile.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : marié, a présenté une angine à répétition.

- Antécédents familiaux : 5 enfants et mère en bonne santé. Père décédé à l'hôpital de Beni-Messous.

- Histoire de la maladie : Le début remonte à 3 jours, marqué par des douleurs au niveau des chevilles et des genoux qui ont obligé le malade à s'aliter pendant quelques jours; une anorexie, une asthénie intense, et une fièvre.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général médiocre, pâleur et sub-ictère conjonctival, température à 39°, hypocrotisme digital.

* Appareil loco-moteur : poignet douloureux à la mobilisation, le genou droit tuméfié. On relève un choc rotulien.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, pas de souffle, la tension artérielle : 12-8, le pouls 80/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital ; normal.

- Biologie :

Hématocrite : 36,5%, GR:3.710.000, GB: 14.200, PN:70, VS : 80-109, ASLO: 200 UT, fibrinémie : 6,10g/l. Alpha 2 globulines 10,2, glycémie 1,28g/l. Azotémie 0,6g/l. Albuminurie :0, glucosurie: 0, BW(-), WaleréRose : négatif.

- L'Électrocardiogramme est normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : disparition des douleurs articulaires au niveau des genoux et poignets, persistance d'une douleur au niveau de la cheville gauche.

- Biologie :

VS : 4-15, ASLO : inférieur à 40 UT, GR : 4.500.000
GB : 13.200, PN 70.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : Extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, Alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 14.2.1970.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Le malade a été perdu de vue.

CONCLUSION :

Malade âgé de 34 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 13 :

M... Aïssa, âgé de 37 ans, originaire de Aïn-Bessou, est admis dans le service le 17.9.1969 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : marié, a présenté une angine traitée sans résultat notable.

- Antécédents familiaux : 3 enfants en bonne santé, parents décédés.

- Histoire de la maladie : le début remonte à un mois, marqué par une angine qui a duré 15 jours après un traitement inefficace, des douleurs sont apparues au niveau du genou gauche, de l'épaule droite. La mobilisation était douloureuse.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'anémie, ni asthénie, température à 37°8.

* Appareil loco-moteur : douleurs au niveau du coude et de l'épaule gauches avec limitation des mouvements.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, la tension artérielle à 12-6, le pouls 72/mn.

* Autres appareils : RAS.

- Biologie :

Hématocrite 36%, GR: 3.800.000, GB : 12.200; PN 78, fibrinémie 6,80 g/l. ASLO 800 UT, VS: 95-104, CRP 4 mm, Waler-Rose: négatif, test du Latex : négatif, glycémie 0,91 g/l. Azotémie 0,32g/l. Glucosurie 0, bacilloscopie (-). Prélèvement de gorge examen direct : cocci gram +, culture : Neisseria.

- L'Electrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, pas de fièvre, disparition des douleurs.

- Biologique :

Hématocrite 42%, GR: 4.400.000, GB : 15.800, fibrinémie: 3,10g/l. ASLO 400 UT, CRP: 0,5 mm, VS : 1-5, glycémie 1,20g/l.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 24 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : alcacyl 4 comprimés par jour, extencilli-
ne 1.200.000 tous les 15 jours.

Le malade sort le 18.10.1969.

EVOLUTION ULTERIEURE :

3 ans après la première, crise de R.A.A., pas de rechute
rhumatismale.

CONCLUSION :

Malade âgé de 37 ans, a présenté une première crise de
R.A.A. sans atteinte cardiaque. Trois ans après on ne note pas de
localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 14 :

C... Meriem, âgée de 37 ans, originaire de Dracia, est
admise dans le service le 19.1.1970, pour polyarthralgie avec asthé-
nie.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, notion d'angine à répé-
tition.
- Antécédents familiaux : 3 enfants et mari en bonne santé.
- Histoire de la maladie : Le début remonte à 6 ans, mar-
qué par des douleurs articulaires fugaces atteignant les grosses
articulations. Elle a été traitée en ambulatoire sans résultat.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'anémie ni de fièvre,
mais une intense asthénie.

* Appareil loco-moteur : les deux genoux sont chauds à la palpation, tuméfiés, mobilisation active légèrement douloureuse. Les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, la tension artérielle 15-9, le pouls 80/mn.

* Autres appareils : normaux.

- Biologie :

Hématocrite : 35%, GR : 3.700.000, GB : 11.000, PN 56, glycémie 0,87g/l. Urée sanguine : 0,45g/l. VS: 102-113, fibrinémie: 6g/l. ASLO 100 UT, CRP : négative, alpha 2 globulines : 12,7, Bêta globuline : 13,2, albuminurie : 1,8g/l. glucosurie : 0, test d'Addis hématies : 5.400/mm, leucocytes : 3.600/mm, cellules épithéliales : 3.600/mm.

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique au 36ème jour du traitement : bon état général/

- au 51ème jour du traitement : les douleurs articulaires ont complètement disparu.

- Biologique :

* au 20ème jour du traitement :

Hématocrite 35%, GR: 3.700.000, GB : 8.660, PN 81, VS : 30-60, albuminurie : 0,80g/l. Glycémie: 1,01g/l. Azotémie 0,62g/l.

* au 30ème jour :

VS : 27-55, azotémie : 0,66g/l. Glycémie : 0,94g/l. fibrinémie : 2,80g/l. Alpha 2 globulines : 10,3, albuminurie : 0,40g/l. CRP : négative.

* au 51ème jour :

Hématocrite : 31%, GR : 3.360.000, GB:9.800, PN 75, VS :15-25, azotémie : 0,48g/l. Test d'Addis : hématies : 1.600/mm, leucocytes 3.200/mm.

- L'électrocardiogramme reste normal. Il en est de même du téléthorax.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 12 jours, relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, cortancyl 60 mg/jour. Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : Extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 28.4.1970.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 37 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale sans cardite.

OBSERVATION N° 15 :

B... Khoira, âgée de 20 ans, originaire de Sidi-Moussa, est admise dans le service le 26.1.1970 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, notion d'angine il y a 2 mois.
- Antécédents familiaux : parents en bonne santé, un frère a été hospitalisé pour affection pulmonaire.
- Histoire de la maladie : Le début remonte à 15 jours, marqué par une douleur au niveau de la hanche droite, du genou droit et de la cheville gauche, c'est une douleur a recrudescence nocturne et qui a entraîné une impotence fonctionnelle. La malade a consulté un médecin qui lui a prescrit des médicaments sans résultat notable.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas d'anémie, ni asthénie.
 - * Appareil loco-moteur : douleur au niveau des articulations du coude droit et des genoux, c'est une douleur spontanée exagérée par les mouvements articulaires qui sont légèrement limités.
 - * Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers. On note un discret souffle systolique de base. La tension artérielle 10-6, le pouls 80/mn.
 - * Autres appareils :
 - pleuro-pulmonaire : normal.
 - digestif : normal.
 - Uro-génital : normal.
- Biologie :

Hématocrite : 39%, GR:4.160.000,GB:8.000,PN:60,fibrinémie: 2,10g/l. VS:70-103, ASLO: 800 UT, CRP: 1 mm, Alpha 2 globulines :12,6 Bêta globuline : 17,8; glycémie :0,99g/l. Azotémie 0,47g/l. Albuminurie 0, glucosurie:0, test d'Addis : hématies 800/mm, leucocytes : 2400/mm, bacilloscopie (-).

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, diminution de l'intensité des douleurs articulaires, les mouvements sont possibles.

- Biologie : VS : 2-7, GR : 4.780.000, GB : 10.200, PN 70, azotémie 0,30g/l. Glycémie 0,94g/l. Albuminurie 0, glucosurie :0, test de grossesse : positif.

- L'électrocardiogramme reste normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour pendant 14 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour. Chlorure de potassium 2g par jour.

- A la sortie : extencilline : 1.200.000 tous les 15 jours Alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 21.3.1970.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 20 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale sans cardite.

OBSERVATION N° 16 :

A... Kouider, âgé de 38 ans, originaire d'El Ahmed, est admis dans le service le 28.2.1970, pour polyarthralgie fébrile.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, hospitalisée une fois en 1962 pour R.A.A.

- Antécédents familiaux :

Mère et 4 enfants en bonne santé, père décédé.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 20 jours, marqué par des douleurs à la gorge, fièvre, sueurs nocturnes. Au bout de quelques jours, apparition de douleurs au niveau des articulations de l'épaule, du genou et de la cheville gauches.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général altéré, température à 39°4.

* Appareil loco-moteur : l'épaule droite et les 2 genoux sont tuméfiés, chauds. Les mouvements actifs et passifs sont limités et douloureux.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont réguliers. On retrouve un souffle systolique de pointe. La tension artérielle est à 14-7, le pouls à 88/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.

- digestif : normal.

- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 44%, GR: 4.520.000, GB : 11.200, PN 78, fibrinémie 8,8 g/l; VS : 60-90; CRP : 5mm, glycémie 0,94g/l. azotémie : 0,23g/l. Alpha 2 globulines : 18,2.

- A l'électrocardiogramme : H.V.G.

- Au téléthorax : H.V.G.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : apparition d'ascite au 8ème jour. A la ponction : liquide séro-fibrineux avec quelques leucocytes : 70% de polynucléaires et 30% de lymphocytes.

Le malade est décédé neuf jours après l'admission.

THERAPEUTIQUE :

A la base de pénicilline 2 millions par jour. Cortancyl 80 mg par jour. Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2g/jour.

CONCLUSION :

Malade âgé de 38 ans, a présenté une première crise de R.A.A. avec localisation cardiaque et est décédé 9 jours après l'admission. L'étiologie n'a pu être précisée.

OBSERVATION N° 17 :

L... Ferroudja, âgée de 25 ans, originaire de Agolal, est admise dans le service le 3.2.1970 pour polyarthralgie.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels :
Mariée, épisodes angineux négligés.
- Antécédents familiaux :
Mari en bonne santé. Parents décédés.
- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 3 jours, marqué par une fièvre, une asthénie intense, des douleurs articulaires au niveau des épaules et du genou gauche avec tuméfaction, chaleur locale et douleur au moindre mouvement, ce qui a entraîné une impotence fonctionnelle totale, obligeant la malade à s'aliter.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : on remarque que la malade est asthénique, mais il n'y a ni anémie, ni de température.

* Appareil loco-moteur : les genoux sont tuméfiés, chauds, la flexion-extension est douloureuse, les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont normaux. Il n'y a pas de souffle, la tension artérielle est à 10-6, le pouls à 72/mn.

* Autres appareils : RAS.

- Biologie :

Hématocrite : 35,5%; GR: 3.000.000, GB : 7.000; PN 77, VS : 113-119, fibrinémie 12,20g/l. ASLO 200 UT, CRP 4mm, alpha 2 globulines 23,2, Bêta globuline 10,8; glycémie 0,98 g/l. Azotémie : 0,23g/l. Albuminurie 0; Test d'Addis : hématies 4.000/mm, leucocytes : 30.000/mm.

- L'Électrocardiogramme est normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, les douleurs articulaires ont diminué d'intensité, à l'auscultation cardiaque, un discret souffle systolique de pointe, la température à 37°4.

- Biologique au 12ème jour :

Hématocrite 39%, GR : 4.100.000, GB : 16.600, VS 55-97.
azotémie 0,25 g/l. Albuminurie 0.

au 50ème jour :

VS 11-30, GR : 4.300.000, GB 10.800.

- L'Electrocardiogramme reste normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : cortancyl 70 mg par jour, pénicilline 2 millions par jour relayée par extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, alcacyl 4 comprimés par jour.

La malade sort le 27.3.1970.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 25 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale sans cardite.

OBSERVATION N° 18 :

B... Zohra, âgée de 34 ans, est admise dans le service le 16.2.1971 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, pas de notion d'angine.
- Antécédents familiaux : parents en bonne santé.
- Histoire de la maladie : le début remonte à 22 jours, marqué par des douleurs articulaires au niveau du coude, poignet et des deux épaules. La malade a consulté un médecin qui lui a prescrit des médicaments qui l'ont amélioré sans toutefois que les douleurs disparaissent.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général conservé, il y a une anémie modérée, la température est à 38°.

* Appareil loco-moteur : on ne trouve aucun signe d'inflammation articulaire, sauf une légère douleur à la mobilisation des genoux.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont réguliers, on note un souffle diastolique au foyer aortique, la tension artérielle est à 15-8, le pouls 88/mm.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite 33%, GR: 3.950.000; GB: 11.200, fibrinémie : 5,80g/l. Glycémie 1;18g/l, VS : 77-113, ASLO 100 UT, CRP 2 mm, Alpha

2 globulines 15, Bêta globuline 16, Albuminurie : traces, glucosurie 0, test d'Addis : hématies 15.000/mm, leucocytes 900/mm.

- A l'électrocardiogramme : H.V.G.

- Le téléthorax est normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : au 25ème jour du traitement, on note toujours un souffle diastolique au foyer aortique avec pouls ample, bondissant traduisant une insuffisance aortique, les douleurs articulaires ont complètement disparues.

Au 50ème jour, persistance du souffle diastolique, les bruits du coeur sont bien perçus, la tension artérielle 13-8, le pouls 92/mn.

Au 56ème jour, le souffle diastolique au foyer aortique persiste, de plus, on trouve un souffle systolique au foyer mitral traduisant une insuffisance mitrale concomittente.

- Biologique : au 7ème jour du traitement, hémocrite 30%, GR : 3.300.000, GB : 9.200, VS 95-125, fibrinémie 4,60 g/l.

Au 30ème jour, VS 8-13, hémocrite 39,5%, GR 4.542.000, GB : 9.000.

Au 57ème jour, GR 4.025.000, GB: 8.400, VS : 13-38, ASLO : 100 UT, CRP négatif, fibrinémie 3g/l. Alpha 2 globulines 10.

- A l'électrocardiogramme : H.V.G.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital on a institué : pénicilline 2 millions par jour pendant 22 jours, relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Bismuth 10g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours,
catalgine 2 sachets par jour.

La malade sort le 30.4.1971.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 34 ans, ayant présenté une première atteinte rhumatismale avec insuffisance aortique et mitrale associée.

OBSERVATION N° 19 :

Z.., Khedoudja, âgée de 20 ans, originaire de Hadjout, est admise dans le service le 5.5.1971 pour des douleurs articulaires des genoux.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, notion d'angine à répétition depuis 10 ans.

- Antécédents familiaux : parents en bonne santé.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 1 mois, marqué par une tuméfaction du genou droit, accompagnée de douleurs spontanées de faible intensité, à paroxysme nocturne, génératrice d'insomnies et qui ont entraîné une impotence fonctionnelle totale. Deux jours plus tard, ce sont les deux poignets qui sont atteints à leur tour. La malade avait consulté un médecin qui lui aurait prescrit des corticoïdes et de l'extencilline sans résultat remarquable.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique :

Etat général conservé, pas d'anémie, ni asthénie, apyrexie.

* Appareil loco-moteur : les genoux sont tuméfiés, chauds à la palpation, la mobilisation active et passive est douloureuse. Les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont normaux. On ne note pas de souffle, la tension artérielle est à 11,5 - 8, le pouls 84/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite 31%, GR 3.560.000, GB 6.600, VS 104-120, ASLO 100 UT, CRP négatif, fibrinémie 4 g/l. Glycémie 0,86 g/l. Alpha 2 globulines 11, Bêta globuline 13, albuminurie 0, glucosurie 0, test d'Addis : hématies 6.000/mm, leucocytes 6.000/mm, test du latex négatif, Waler-Rose négatif.

- L'électrocardiogramme est normal.
- Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : au 13 ème jour du traitement :

Les douleurs articulaires ont disparu complètement.

L'état général est bon, mais il y a eu une légère asthénie, température à 38°2, les bruits du coeur sont normaux.

- Biologique au 30ème jour du traitement :

VS : 88-121, glycémie : 0,98 g/l. GR : 3.795.000, GB : 7.200, albuminurie : 0.

au 90ème jour :

VS : 22-52, GR : 4.830.000, GB : 15.000, glycémie : 0,88g/l. fibrinémie : 1,50g/l ASLO 100 UT, CRP négatif, alpha 2 globulines 15, Bêta globuline 9.

- L'électrocardiogramme reste normal, ainsi que le téléthorax.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2.000.000 par jour, cortancyl 70 mg/jour, extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, aspirine 4 comprimés par jour.

La malade sort le 19.8.1971.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 20 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale sans cardite.

OBSERVATION N° 20 :

B... Sabira, âgée de 36 ans, originaire de Zemoura, est admise dans le service le 24.7.1972 pour arthralgie.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, a été hospitalisée en cardiologie en 1967 pendant 4 mois et demi.

- Antécédents familiaux : rien à signaler.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 22 jours, marqué par une éruption papuleuse qui semble avoir évolué par poussée (apparaissant dans une région et régressant dans une autre) et épargnant le visage. Elle s'accompagne de prurit et ne laisse aucune trace à la cicatrisation. 6 jours après, poussée fébrile avec frissons et apparition à cette période de douleurs articulaires atteignant les grosses articulations et le rachis. L'état général était assez bien conservé, cependant il y a une anémie modérée avec pâleur du visage.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique :

Etat général conservé, anémie modérée, il n'y a pas de température.

* Appareil loco-moteur : les grosses articulations (genou surtout) sont tuméfiées. La palpation ne révèle pas de douleur locale mais une légère sensibilité. Les mouvements articulaires sont peu limités et pratiquement indolores.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont bien frappés, réguliers, le pouls est à 60/mn, la tension artérielle est à 10 - 4.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 30%, GR : 3.700.000, GB: 3.400, PN 62, E :0, B :0, glycémie: 0,93 g/l. VS : 123-130, fibrinémie : 7,01g/l. test d'Addis : leucocytes 20.000/mm, hématies : 10.000/mm, albuminurie : 0,30 g/l. ASLO: 400 UT, prélèvement de gorge : présence de streptocoque Bêta hémolytique.

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : au 5ème jour du traitement :

Bon état général, disparition des douleurs articulaires. On retrouve un souffle diastolique.

au 30ème jour :

disparition du souffle diastolique.

- Biologique au 9ème jour :

Hématocrite : 33%, GR : 3.900.000, GB : 4.200, PN:55, glycémie : 1,08 g/l. Azotémie : 0,42g/l. VS : 88-115, test d'Addis hématies 0, cylindre : 0, leucocytes :0.

au 22ème jour :

Hématocrite :38%, GR:4.500.000, GB: 10.400, PN:68,E:1, B:0, VS : 10-31, fibrinémie: 2,3g/l. ASLO:400 UT, CRP: négatif.

au 42ème jour :

Hématocrite : 39%, GR: 4.400.000, GB: 7.400, PN: 63, VS:
10-25, ASLO : 200 UT.

- L'électrocardiogramme reste normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital :

Pénicilline 2 millions par jour pendant 21 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours, cortancyl 70 mg par jour, des pansements gastriques à type de phosphalugel 3 sachets par jour. Chlorure de potassium 2g/jour.

- A la sortie :

Phosphalugel 3 sachets par jour, synacthène 1 ampoule par semaine, aspirine 4 comprimés par jour. Extencilline 2 injections par semaine.

La malade sort le 12.9.1972.

CONCLUSION :

Malade âgée de 36 ans, a présenté une première crise de R.A.A. sans atteinte cardiaque.

OBSERVATION N° 21 :

K... Fatma, âgée de 23 ans, originaire d'El Arba, est admise dans le service le 4.6.1972 pour polyarthrite.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : mariée, a présenté des angines à répétition depuis son jeune âge.

- Antécédents familiaux : mère traitée pour goitre. Le père a été hospitalisé pour hernie, 4 frères et 3 sœurs faisaient des angines à répétition mais n'ayant jamais présenté des douleurs articulaires.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 1 mois, marqué par une angine avec fièvre et douleur au niveau des chevilles, 8 jours après : apparition de douleur intense au niveau de l'épaule gauche, des coudes et des poignets. Ces douleurs ont entraîné une impotence fonctionnelle totale.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général conservé, il n'y a pas de fièvre ni asthénie, ni anémie.

* Appareil loco-moteur : les genoux, la hanche et cheville droits sont chauds. Les mouvements articulaires sont limités. La flexion-extension des genoux est douloureuse.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont bien frappés, il existe un souffle systolique de pointe irradiant vers l'aisselle. La tension artérielle 11-6, le pouls est à 74/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

L'examen du cou : hypertrophie de la glande thyroïde, à la palpation : goitre multinodulaire indolore sans aucun signe de dys-thyroïdie.

- Biologie :

Hématocrite : 34%, GR: 4.300.000, GB :9.300, glycémie : 0,82g/l. azotémie :0,28g/l, fibrinémie : 3,9g/l. CRP: négatif, VS : 80-110, ASLO :400 UT, Urée urinaire : 24%, albuminurie 0, glucosurie :0, test d'Addis : leucocytes 5000/mm.

- L'électrocardiogramme : H.V.G.

- Le téléthorax est normal.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, température à 37°8, pas de signe d'anémie, les douleurs articulaires ont diminué d'intensité. A l'auscultation cardiaque : persistance de souffle systolique de pointe de la même intensité qu'au début. La tension artérielle est à 14-8, le pouls 84/mn.

- Biologique au 10ème jour du traitement :

Hématocrite 34%, VS: 22-50, ASLO: 150 UT, CRP: négatif.

au 34ème jour du traitement :

VS : 12-44, fibrinémie : 1,90g/l.

- L'électrocardiogramme : H.V.G.

- Le téléthorax est normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : on a institué la pénicilline 2 millions par jour pendant 16 jours relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 70 mg/jour. Bismuth 10 g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : Extencilline 1.200.000 tous les 15 jours alcacyl 4 comprimés par jour pendant 2 mois.

La malade sort le 4.8.1972.

EVOLUTION ULTERIEURE :

La malade a été perdue de vue.

CONCLUSION :

Malade âgée de 23 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale avec cardite (insuffisance mitrale).

OBSERVATION N° 22 :

M... Adel, âgé de 25 ans, originaire de Syrie, est admis dans le service le 21.2.1972 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, épisodes répétés d'angine depuis son jeune âge, avec douleurs articulaires fugaces.

- Antécédents familiaux : parents décédés.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 2 mois, marqué par un malaise général, des vertiges. Le lendemain, apparition d'une tuméfaction au niveau du 4ème orteil gauche et du gros orteil. La cheville gauche est prise d'une douleur spontanée et au moindre mouvement entraînant une impotence fonctionnelle, avec difficulté à la marche, accompagnée d'une fièvre avec asthénie et anorexie. Il a été mal soigné pendant quelques temps avec extinction du phénomène inflammatoire qui a repris avec une allure plus intense avec atteinte concomittente des genoux et la cheville droite.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : malade en bon état général, amaigrissement notable depuis 3 mois, il y a une asthénie, une anorexie, la température est à 37°4.

* Appareil loco-moteur : les douleurs articulaires ont disparu complètement.

* Appareil cardio-vasculaire : des palpitations et dyspnée à l'effort sont signalées par le malade. Les bruits du coeur sont réguliers mais légèrement assourdis, il n'y a pas de souffle ni roulement. La tension artérielle est à 10,5 - 6, le pouls 64/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : toux sèche.
- digestif : normal.
- uro-génital : normal.

- Biologie :

Hématocrite : 42%, GR:4.500.000, GB:0.700, PN 69, E:1, B:0, VS: 66, ASLO 500 UT, fibrinémie 8,30g/l.

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, pas de douleurs articulaires. A l'auscultation du coeur : les bruits sont normaux, la tension artérielle est à 12-8, le pouls 64/mn.

- Biologique au 9ème jour du traitement :

VS :39-71, fibrinémie : 3,5g/l. glycémie : 0,81 g/l.
CRP négatif, ASLO 100 UT, hématocrite : 50%, GR 5.750.000, GB 13.400
PN 80, L 19.

au 17ème jour du traitement :

VS 15-65, fibrinémie 2,30g/l. Hématocrite 53%, GR 6.095.000
GB 14.600, PN78, E:0, B:0.

- L'électrocardiogramme reste normal.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : on a institué la pénicilline 2 millions par jour pendant 15 jours relayée par de l'extencilline à 1.200.000 tous les 15 jours, cortancyl à 80 mg par jour, bismuth 10g/jour, chlorure de potassium 2 g/jour.

- A la sortie : extencilline 1.200.000 tous les 15 jours,
Alcacyl 4 comprimés par jour.

Le malade sort le 20.3.1972.

CONCLUSION :

Malade âgé de 25 ans, a présenté une première crise de
R.A.A. sans localisation cardiaque.

OBSERVATION N° 23 :

B... Mokaden, âgé de 31 ans, originaire de Tiaret, militaire, est hospitalisé le 14.12.1971 pour polyarthralgie.

ETIOLOGIE

- Antécédents personnels : marié, a présenté une angine il y a quelques temps.

- Antécédents familiaux : Rien à signaler.

- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 5 jours, marqué par l'apparition des douleurs articulaires au niveau du pied gauche, des genoux et des chevilles. Il a consulté un médecin qui lui a prescrit des antibiotiques sans résultats.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général altéré, température à 36°2.

* Appareil loco-moteur : douleurs spontanées au niveau de la hanche, de la cheville gauche et des genoux.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont normaux. On retrouve un souffle systolique de pointe. La tension artérielle est à 11-7, le pouls 60/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : normal.

- digestif : normal.

- Uro-génital : normal.

- Biologie :

GR : 4.200.000, GB: 16.000, PN 70, E: 0, D :0; glycémie: 1,26g/l. Azotémie :0,35g/l. fibrinémie :8g/l. ASLO: 200 UT, VS :135-148, albuminurie 0,60g/l. Prélèvement de gorge : présence de streptocoque alpha-hémolytique.

- L'électrocardiogramme : PR : 0,22 sec. QRS : 0,09 sec.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général. Le souffle systolique a diminué d'intensité. Les bruits du coeur sont affaiblis. Les douleurs articulaires ont disparues.

Au 21ème jour : disparition du souffle systolique.

- Biologique au 20ème jour :

GR : 3.000.000, GB: 12.800, PN:72, fibrinémie : 2,2g/l. ASLO : 100 UT, azotémie 0,45 g/l. VS : 15-35, albuminurie 0,50g/l.

- L'électrocardiogramme s'est normalisé.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 40 mg par jour, phosphalugel 2 sachets par jour.

CONCLUSION :

Malade âgé de 31 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale sans cardite.

OBSERVATION N° 24 :

S... Belkacem, âgé de 25 ans, originaire de Constantine, militaire, est admis dans le service pour polyarthralgie.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, hospitalisé à Guelma pour broncho-pneumopathie aiguë. Notion d'angine à répétition.
- Antécédents familiaux : 13 frères et sœurs en bonne santé.
- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 15 jours, marqué par une angine traitée par la pénicilline. Des douleurs articulaires sont apparues au niveau des genoux, des coudes et de l'épaule droite. Ces douleurs articulaires ont entraîné une gêne à la marche.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : bon état général, pas de fièvre.

* Appareil loco-moteur : douleur articulaire au niveau de la hanche droite, des coudes et des genoux. Ce sont des douleurs fugaces apparaissant surtout à la mobilisation.

* Appareil cardio-vasculaire : on retrouve un souffle méso-systolique de pointe d'intensité 2/6ème en jet de vapeur et irradiant vers l'aisselle. La tension artérielle est de 12-6, le pouls 64/mn.

- * Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire normal.
- digestif : normal.
- uro-génital : normal.

- Biologie :

GR: 4.650.000, GB: 6.500, PN:63, B:0, glycémie :1,06g/l.
azotémie :0,22g/l. Fibrinémie :3,8g/l. ASLO 200 UT, VS 100-120.
Prélèvement de gorge : streptocoque Bêta hémolytique.

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Clinique : bon état général, disparition des douleurs articulaires, le souffle méso-systolique persiste.

- Biologique : VS : 20 - 35.

THERAPEUTIQUE :

- A l'hôpital : pénicilline 2 millions par jour relayée par l'extencilline 1.200.000 tous les 15 jours. Cortancyl 60 mg par jour. Phospholugel 2 sachets par jour.

Le malade sort le 20.6.1972.

CONCLUSION :

Malade âgé de 25 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale avec cardite (insuffisance mitrale).

OBSERVATION N° 25 :

C... Amour, âgé de 22 ans, originaire d'Oran, militaire, est admis dans le service le 22.8.1971 pour suspicion de R.A.A.

ETIOLOGIE :

- Antécédents personnels : célibataire, a présenté une angine il y a 3 mois.
- Antécédents familiaux : pas d'antécédents pathologiques.
- Histoire de la maladie :

Le début remonte à 2 mois, marqué par une angine négligée qui a duré 10 jours, le 12ème jour, apparition de tuméfaction au niveau de la cheville droite, et une douleur au niveau de la colonne lombaire déclenchée par les mouvements. De même le malade signale des précordialgies à l'effort.

ETAT A L'ENTREE :

- Clinique : état général altéré, amaigrissement, asthénie, pas d'anémie, apyrexie.

* Appareil loco-moteur : douleurs localisées au niveau de la cheville droite qui est tuméfiée, avec limitation des mouvements. Les autres articulations sont libres.

* Appareil cardio-vasculaire : les bruits du coeur sont normaux. Il n'y a pas de souffle, la tension artérielle 11-7, le pouls à 78/mn.

* Autres appareils :

- pleuro-pulmonaire : dyspnée à l'effort.
- digestif : normal.
- Uro-génital : normal.

- Biologie :

GR : 4.250.000, GB : 5.338, PN: 50, E:0, B:0; VS:100-110, glycémie : 1,02g/l. Fibrinémie : 8,20g/l. ASLO : 200 UT, Alpha 2 globulines 14.

- L'électrocardiogramme est normal. Il en est de même du téléthorax.

EVOLUTION IMMEDIATE :

- Biologique : au 10ème jour de traitement :

GR: 4.106.000, GB:5.350, PN:49, fibrinémie :6g/l.ASLO: 300 UT, albuminurie :0.

au 20ème jour

Fibrinémie : 4,80g/l, ASLO:50 UT, Glycémie:1,02g/l, VS: 22-40.

- L'électrocardiogramme reste normal, ainsi que le téléthorax.

THERAPEUTIQUE :

Extencilline 1.200.000 par semaine. Aspirine 10 comprimés par jour.

Le malade sort le 20.10.1971.

CONCLUSION :

Malade âgé de 22 ans, a présenté une première atteinte rhumatismale, sans localisation cardiaque.

D I S C U S S I O N

Notre travail porte sur 25 cas de rhumatisme articulaire aigu observés pendant 6 ans; il s'agit d'une première atteinte pour 23 cas, et deux récurrences dont un homme âgé de 38 ans et qui a eu sa récurrence rhumatismale 8 ans après sa première atteinte; le deuxième cas intéresse une femme âgée de 20 ans et dont la récurrence survient 2 ans après sa première atteinte rhumatismale.

DONNEES ETIOLOGIQUES

A - L'AGE :

L'âge de nos malades est compris entre 20 et 49 ans, pour la plupart sont des jeunes. En effet, 11 ont un âge compris entre 20 et 25 ans, 2 entre 25 et 30 ans, 4 entre 30 et 35 ans, 7 entre 35 et 40 ans et une malade âgée de 49 ans (le diagramme montre la répartition selon l'âge).

B - LE SEXE :

Sur les 25 cas, on compte 12 hommes et 13 femmes donc égalité entre les deux sexes.

C - LA SAISON :

Nos cas se répartissent tout au long de l'année avec légère prédominance en hiver, comme le montre le diagramme n°2.

D - L'AGRESSION STREPTOCOCCIQUE :

L'atteinte articulaire est précédée d'angine dans 19 cas, soit 76 %, l'intervalle entre celle-ci et l'apparition des signes articulaires s'échelonne de 3 à 60 jours.

Dans un cas, le rhumatisme est apparu à la suite d'une éruption probablement scarlatiniforme. Dans 2 autres cas, il est apparu à la suite d'une broncho-pneumonie. Dans 3 cas enfin, il n'y

DIAGRAMME 1 : Répartition selon l'âge.

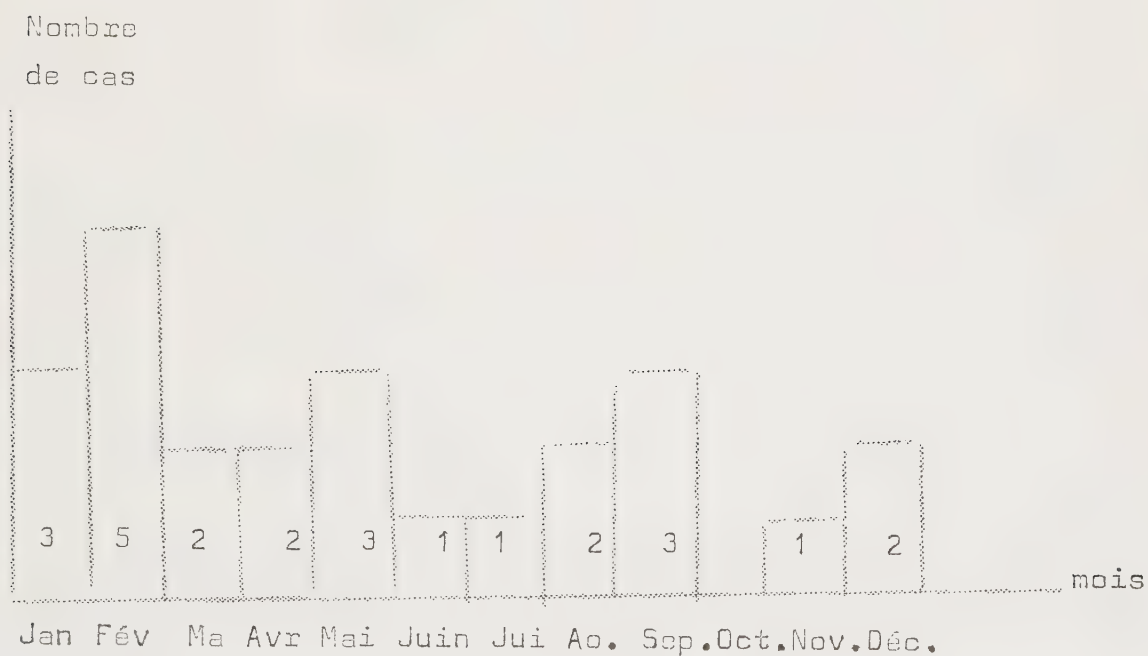
Nombre
de pas



pas été possible de préciser la porte d'entrée.

Le prélèvement de gorge était très souvent infructueux.
Dans 2 cas seulement on a pu isolé le streptocoque Bêta hémolytique
du groupe A.

DIAGRAMME 2 : Répartition des cas tout au long de l'année.



DONNEES CLINIQUES :

Il est difficile de porter le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu sur les critères de JONES, même modifiés.

On a retrouvé la fièvre dans la moitié des cas, comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU N°1 :

Température	Nombre de cas
37°	10
38°	11
39°	2
39°5	2

L'état général était souvent conservé. On a trouvé néanmoins une pâleur du visage dans 6 cas. L'asthénie est souvent retrouvée associée à l'anorexie.

Le tableau clinique est souvent dominé par l'atteinte articulaire.

A - LES SIGNES ARTICULAIRES :

Les manifestations cliniques sont polyarticulaires dans 76%, monoarticulaires dans un seul cas comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU N° 2 :

Nombre d'articulation	Nombre de cas	Pourcentage
> 3	19	76 %
< 3	5	20 %
mono	1	4 %

Ces atteintes articulaires touchent par ordre de fréquence : le genou, la cheville, l'épaule, le coude et le poignet, la hanche et enfin la colonne vertébrale.

Le tableau suivant montre le pourcentage des articulations atteintes.

TABLEAU N° 3 :

Articulations	Nombre de cas	Pourcentage
Genou	23	92 %
Cheville	10	40 %
Epaule	8	32 %
Coude et poignet	6	24 %
Hanche	5	20 %
Colonne vertébrale	2	8 %

Dans un cas, on a trouvé une hydarthrose au niveau du genou. Dans la majorité des cas, il s'agit de polyarthrite migratrice, fugace fluxionnaire habituelle.

Nous n'avons jamais vu de chorée ou d'autres troubles neurologiques, les érythèmes marginés et les nodules sous-cutanés n'ont pas été retrouvés non plus.

Dans un seul cas, nous avons relevé un purpura authentique. Les manifestations cutanées semblent être exceptionnelles chez l'adulte; alors que chez l'enfant, elles sont presque constantes. D'ailleurs chez l'adulte, les localisations cutanées n'ont pas de signification péjorative.

Les manifestations pleurales n'ont pas été constatées dans notre série. Les néphropathies ont été relevées dans 5 cas, soit un pourcentage de 20 %. Elles se sont manifestées par de l'albuminurie dans 2 cas (Observations n°14 et 23), de l'hématurie microscopique dans 3 cas { observations n°4, 7 et 18 }. Leur évolution a toujours

été favorable.

B - LES SIGNES CARDIAQUES :

L'atteinte cardiaque, d'après notre série, est moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

La cardite rhumatismale a été retrouvée dans 28% des cas qu'il soit de première atteinte ou de récurrence; dans 3 cas, il s'agit d'atteinte transitoire alors qu'elle est définitive dans 4 cas.

La péricardite n'a pas été retrouvée dans notre série. Nous avons relevé des souffles systoliques dans 28% des cas (primo-invasion ou rechute). Ce souffle est apexien dans 6 cas, associé à un souffle diastolique dans un seul cas.

DONNEES BIOLOGIQUES

A - LA VITESSE DE SEDIMENTATION :

Elle est très accélérée dans la totalité de nos cas, ayant dépassé parfois 100 mm à la première heure.

Le tableau suivant montre l'accélération de la vitesse de sédimentation.

TABEAU N° 4 :

Vitesse de sédimentation première heure	Nombre de cas	Pourcentage
50	4	16 %
50-100	10	40 %
100	11	44 %

B - LA FIBRINEMIE :

L'augmentation du fibrinogène est responsable de l'accélération de la vitesse de sédimentation. Le taux moyen trouvé est de 8 g/l; il a dépassé le 10 dans 3 cas, où il a atteint le chiffre de 12 g /l; enfin dans 4 cas, il est inférieur à 5g/l.

C - L'ELECTROPHORESE DES PROTEINES :

Elle a été pratiquée dans 16 cas uniquement. Les alpha 2 globulines étaient augmentées dans 13 cas, soit 52%. Les Bêta globulines étaient augmentées dans 2 cas seulement soit dans 8 % des cas. Enfin la recherche de la CRP qui est une Alpha 2 gluco-globuline s'est révélée positive dans 15 cas, soit 60% des cas.

D - LES ASLO :

La recherche des ASLO a été pratiquée dans 21 cas, le taux moyen retrouvé est de 200 UT, dans 2 cas, il a atteint 800 UT.

Le tableau suivant montre la répartition selon les cas.

TABLEAU N° 5 :

Taux d'ASLO	Nombre de cas	Pourcentage
100 - 200 UT	14	56 %
200 - 400 UT	4	16 %
400 - 600 UT	1	4 %
600 - 800 UT	2	8 %

E - L'HEMOGRAMME :

Il y a toujours une leucocytose avec polynucléose. Le taux moyen retrouvé des globules blancs est de 12.000/mm³; le taux maximum est de 18.600/mm³. Dans 4 cas, on a constaté une leucopénie inférieure à 5.000/mm³.

L'anémie est retrouvée dans 20%, il s'agit d'anémie modérée.

DONNEES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES :

L'électrocardiogramme a été pratiqué systématiquement à l'entrée. Les troubles constatés sont des troubles du rythme, c'est ainsi qu'on a trouvé des troubles du rythme à l'entrée dans 0 % de cas, il s'agit d'allongement de PR à 0,22 seconde.

Les autres troubles du rythme signalés par les auteurs n'ont pas été retrouvés. Ces troubles électriques sont donc plus rares chez l'adulte que chez l'enfant, et certains auteurs comme MAY WILSON pensent que l'atteinte cardiaque sur le plan électrocardiographique est presque constante chez l'enfant.

L'EVOLUTION :

A - CLINIQUE :

Sous traitement, l'évolution clinique est souvent favorable, la température se normalise au bout de 48 heures, dans 1 cas, elle est restée oscillante jusqu'au 16ème jour pour se normaliser ensuite. Les douleurs articulaires disparaissent au 10ème jour en moyenne, dans 1 cas elles ont persisté jusqu'à la fin du traitement.

Un purpura au niveau de l'abdomen est apparu au 7ème jour dans un seul cas, une hyperglycémie à 1,43g/l s'est normalisée sous régime diabétique. Une ascite avec circulation collatérale est apparue dans 3 cas, l'un de ces malades est un ancien rhumatisant et a eu une évolution mortelle au 9ème jour du traitement dans une insuffisance cardiaque globale.

Enfin dans un cas, l'albuminurie trouvée à l'entrée a disparu sous traitement, alors qu'elle est restée prolongée dans un autre cas.

Au point de vue cardiaque, parmi les souffles trouvés au début de l'hospitalisation, il y en a trois qui ont persisté, soit 12% des cas, et il s'est constitué une atteinte cardiaque définitive à type d'insuffisance mitrale dans 2 cas et de valvulopathie mitro-aortique dans un autre.

Dans 3 cas, les souffles systoliques apéxiens ont disparu sous traitement au bout de 10 jours dans un cas et 20 jours dans les deux autres.

Nous avons perdu de vue la majorité de nos malades. Six seulement ont été revus et ne présentent aucun signe de localisation cardiaque 2 ans après la première crise dans quatre cas, et 6 ans après dans deux cas.

B - BIOLOGIQUE :

La vitesse de sédimentation est considérée par les auteurs comme le meilleur critère de diagnostic d'évolutivité du R.A.A. Dans notre série, elle était fortement accélérée au début du traitement pour se normaliser par la suite.

C - ELECTROCARDIOGRAPHIQUE :

Les troubles du rythme, constatés à l'entrée, ont disparu. C'est ainsi que dans deux cas où le PR était allongé, il est redevenu inférieur à 0,20 seconde au 20ème jour du traitement.

DUREE DE L'HOSPITALISATION

Elle varie de 9 jours (dans un cas mortel) à 4 mois, comme le montre le tableau suivant.

TABLEAU N° 6 :

Durée	Nombre de cas
9 jours	1
9 jours à 1 mois	2
1 mois à 1 mois et demi	2
1 mois et demi à 2 mois	13
2 mois à 3 mois	3
3 mois à 4 mois	3
Sorti contre avis médical	1

DONNEES THERAPEUTIQUESA L'HOPITAL :

Tous nos malades ont été soumis à un traitement classique comprenant le repos, la prescription d'antibiotiques à base de pénicilline à la dose de 2 millions par jour pendant 10 à 15 jours, relayée par l'extencilline à la dose de 1.200.000 tous les 15 jours; des anti-inflammatoires à la base de cortancyl à la dose de 70 mg par jour, puis diminué progressivement de 10 mg par semaine selon la vitesse de sédimentation, jusqu'à la dose de 20 mg par jour, pour être relayée par l'aspirine à 4 comprimés par jour; des pansements gastriques à base de bismuth à 10 grammes par jour et de chlorure de potassium à 2 grammes par jour.

A LA SORTIE :

Les malades sont soumis à un traitement comprenant de l'Alcacyl (4 comprimés par jour pendant un mois environ) et de l'extencilline (1.200.000 tous les 15 ou 20 jours) pendant de nombreux mois ou années.

C O N C L U S I O N

Notre travail a porté sur l'étude de 25 cas de rhumatisme articulaire aigu de l'adulte, observés entre 1966 et 1972 dans deux milieux différents : civil et militaire.

A partir d'un nombre aussi limité de cas, on ne peut que faire les constatations suivantes :

1°) Du point de vue étiologique :

L'âge de nos malades est compris entre 20 et 49 ans, dont 68 % des cas entre 20 et 35 ans, et 32 % des cas entre 35 et 49 ans, donc prédominance de sujets jeunes; il y a autant d'hommes que de femmes. Ces cas surviennent tout au long de l'année avec recrudescence en automne et en hiver. La notion d'angine dans les antécédents est retrouvée dans 76 % des cas. L'atteinte articulaire survient de 1 à 8 semaines après l'atteinte rhino-pharyngée.

2°) Du point de vue clinique :

L'état général est souvent conservé. Les formes hautement fébriles sont retrouvées (4 de nos malades avaient une fièvre à 39° - 39°5 à l'entrée).

L'atteinte articulaire est classique, ce sont surtout les genoux qui sont affectés (92 % des cas). Les signes cutanés n'ont pas été retrouvés dans notre série ainsi que les manifestations pleurales. Cinq malades ont présenté une atteinte rénale à l'entrée.

La cardiopathie rhumatismale a été retrouvée dans 28 % des cas qu'il s'agisse de première atteinte ou de récurrence.

3°) Du point de vue biologique :

Nous n'avons pas trouvé de particularité. La vitesse de sédimentation a dépassé 100 mm à la première heure dans 44 % des cas. L'étude de l'hémogramme montre le plus souvent une leucocytose avec polynucléose et une anémie dans 20 % des cas.

4°) Du point de vue électrocardiographique :

Les troubles électrocardiographiques sont rares dans notre série; nous avons relevé 8% des cas seulement d'allongement de PR qui s'est normalisé sous traitement . Les autres troubles du rythme signalés par les auteurs n'ont pas été retrouvés.

5°) Du point de vue évolutif :

Nous signalons un cas de purpura qui est apparu au 7ème jour du traitement, un cas d'ascite d'origine cardiaque chez un ancien rhumatisant et qui est décédé au 9ème jour du traitement, et trois cas de valvulopathie.

6°) Du point de vue thérapeutique :

Notre traitement a consisté essentiellement dans le repos, l'antibiothérapie (à base de pénicilline relayée par l'extencilline) et la corticothérapie.

7°) Du point de vue pronostique :

L'étude de notre série n'a qu'une valeur d'orientation. L'atteinte cardiaque n'a intéressé que 12 % des cas, alors que certains auteurs ont donné le chiffre de 32 % de cas. Mais cette étude ne concerne que des cas hospitaliers et ne peut être considérée comme représentative de l'ensemble du rhumatisme articulaire aigu survenant en Algérie.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ABLARD G. et LARCAN A. :
Sur 200 cas récents de rhumatisme articulaire aigu observés en milieu militaire (étude statistique). Presse méd., 1er déc. 1954, 62, n°80, 1671-1673.
- 2 - ABLARD G. et LARCAN A. :
Erythèmes et purpuras au cours de la maladie rhumatismale de l'adulte. Presse méd., 24 Nov. 1956, 64, n°85, 1970-1972 (Bibliogr.).
- 3 - ABLARD G., LARCAN A., GILGENKRANTZ J.M. et WELFRINGER A. :
Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire aigu de l'adulte. A propos de 352 observations recueillies en milieu militaire. Rev. Rhuma. Juin 1960, 27, n°6, 191-205 (bibliogr).
- 4 - ABLARD G., LARCAN A., GAUBERT et TARTE P. :
Modifications de l'électrophorèse au cours du rhumatisme articulaire aigu de l'adulte (à propos de 71 observations) Rev. Rhumat. Oct. 1960, 27, n°10, 406-409 (Bibliogr.).
- 5 - ABLARD G., LARCAN A. et DRY J. :
Aspects particuliers du R.A.A. de l'adulte. Progrès méd. 24 mai 1962, 90, n°10, 334-340.
- 6 - ADAMS F.H., GLICK D., ANDERSON R.C. et DWAN P. :
Les systèmes enzymatiques mucolytiques. XVIII.- Les concentrations d'un inhibiteur non spécifique de la hyaluronidase dans le sérum sanguin de frères et de parents d'enfants atteints de R.A.A. J.Ped., sept. 1952, 41, n°3, 258-261 (bibliogr.).
- 7 - ADATTO J.I. et coll. :
Le R.A.A. chez l'adulte. J.A.M.A., 6 déc. 1965, 194, n°10 1043-1048, 5 tabl. (Bibliogr.).
- 8 - ALKAM W.J. et LEWINSOHN G. :
Traitement du R.A.A. chez l'adulte. Ther. Gegenw., Juil. 1964, 103, n°7, 864-873 (Bibliogr.).
- 9 - ANDRUS W.W., BERGY G.G. et BRUCE A.R. :
Traitement par les corticoïdes, de ganglions sous-cutanés d'une polyarthrite et d'une cardite chez un adulte. Arch. of Int. Med. Sept. 1957, 100, n°3, 467-470 (Bibliogr.).
- 10 - BATES R.C. :
Le R.A.A. : étude de 132 cas chez de jeunes adultes. Ann. of Int. Med. mai 1958, 48, n°5, 1017-1025, 6 tabl. (Biblio).
- 11 - BEGG T.D., KERR J.W. et KNOWLES J.R. :
Le R.A.A. chez l'adolescent et chez l'adulte. Brit. Med. J. 28 Juil. 1962, n°5299, 223-227, 9 tabl. (Bibliogr).
- 12 - BIOT J.J. :
De l'épidémiologie du R.A.A. (statistique de la Marine) Thèse Bordeaux, 29 nov. 1954, n°219, 60 pages.

- 13 - BOGATIREV I.D. :
Fréquence de l'angine et du rhumatisme dans la population urbaine. Vestnik O.R.L. (Moscou), 1960, n°2, 22-27(Biblio).
- 14 - BULGARELLI R. :
Maladie rhumatismale et maladies rhumatoïdes chez l'enfant. Différences chez l'adulte. Notions anciennes et récentes (R.A.A.- Wissler-Fanconi-Still). Minerva Ped. 10 mars 1967 19, n°10, 425-438.
- 15 - CASTLEDEN L.I.M., HAMILTON-PATERSON J.L. et ROSSER E.A.M. :
Le R.A.A. au cours de la grossesse. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Av. 1951, 58, n°2, 253-258.
- 16 - CHADUAT Y. :
Le R.A.A. de l'adulte. Concours méd. 24 Oct. 1970, 92, n°43, 7799-7804.
- 17 - CHASNOFF J. et SILVER A. :
La coexistence de rhumatismes cardiaques et d'artériosclérose chez des malades de plus de 40 ans. Am. Heart J. Déc. 1951, 42, n°6, 809-813 (bibliogr).
- 18 - COGGESHALL H. :
La fièvre rhumatismale aiguë chez les adultes jeunes. Int. Med. Digest. Fév. 1947, 50, n°2, 80-82.
- 19 - CROSNIER :
Prévention des rechutes du R.A.A. dans l'armée. Rev. Corps Santé Armées. Fév. 1961, 2, n°1, 3-23.
- 20 - DAVID J.L. :
De l'érythème rhumatismal et de sa valeur pour le diagnostic et pour le pronostic de la maladie de Bouillaud chez l'enfant et chez l'adulte. Thèse Paris, 17 déc. 1948, n°942, 79 pages.
- 21 - DECHELOTTE J. :
Le traitement hormonopyrazolé du R.A.A. de l'adulte jeune. A propos de 80 observations dont 42 de traitement par G 31209. Vie méd., 2 oct. 1969, 50, n°32, 3949-3958(Biblio).
- 22 - DIEHL A., DALE A., HAMILTON T.R. et SNYDER I. :
Etude de l'infection streptococcique chez les enfants rhumatisants et leur famille. Am. J. Dis. Child. Oct. 1960, 100, n°4, 583-584.
- 23 - DI MAURO S. :
Un cas de cardiopathie rhumatismale chez un sujet de 27 ans. Gaz. Med. Ital. Nov. 1967, 126, n°11, 416.
- 24 - DUDLEY HART F. :
Fièvre rhutismale aiguë mortelle chez un adulte. Lancet 17 Mai 1952, 262, n° 6716, 1000-1001 (Bibliogr).
- 25 - EGGLESTON C. :
Les rhumatismes cardiaques chez l'adulte. Am. J. Med. mars 1947, 11, n°3, 278-284.

- 26 - ELSTER S.K. et PADER E. :
Etudes sur la fièvre rhumatismale aiguë chez l'adulte. II.
Le phénomène de "rebound".-Ann.Of Int. Med., août 1959,51;
n°2, 339-358, 10 tabl. (Bibliogr).
- 27 - ENGLEMAN E.P., HOLLISTER L.E. et KOLB F.O. :
Séquelles de la fièvre rhumatismale chez l'homme. J.A.M.A.
24 Juil. 1954, 153, n°13, 1134-1140.
- 28 - FERENCZ C. :
Le R.A.A. Les populations en danger. New York State J. Med.
1 août 1968, 68, n°15, 2025-2026 (Bibliogr).
- 29 - FRANK P.F., STOLLERMAN G.H. et MILLER L.F. :
Protection d'une population militaire contre le R.A.A.
J.A.M.A. 6 sept. 1965, 193, n°10, 773-783 (Bibliogr).
- 30 - GORDIS L., LILIENFELD A.M. et RODRIGUEZ R. :
Etude de communauté du R.A.A. chez l'adulte. J.A.M.A. 3 nov.
1969, 210, n°5, 862-865 (Bibliogr).
- 31 - HAMBURGER F. :
A propos du rhumatisme (infection chez l'enfant, formes
précoces et formes tardives). Munch. Med. Wschr, 24 sept.
1954, 96, 1111-1112.
- 32 - HARTLEY R. :
Rhumatisme cardiaque chez des soldats faisant leur service
militaire. Brit. Med. J. 12 Août 1950, n°4675, 396-398
(Bibliogr).
- 33 - HIRSCH J.G. et FLETT D.M. :
Le R.A.A. chez l'adulte jeune de race blanche. Am. J. Med.
Sc. Juin 1951, 221, n°6, 599-611, 4 fig.
- 34 - HOLLANDER A.G. et GOLDSMITH J.W. :
Fièvre rhumatismale aiguë compliquant une grossesse avancée
Am. Jour. Obst. A. Gyn. Août 1941, 42, n°2, 333.
- 35 - HOUSER H.D., CLARK E.J. et STOLZER B.L. :
Action comparée de l'aspirine, de l'A.C.T.H. et de la corti-
sone sur l'évolution aiguë de la fièvre rhumatismale chez
l'homme jeune.Am. J. Med. Fév. 1954,16, n°2, 168-180,
7 fig.(Bibliogr).
- 36 - JACOBSSON E. :
Grossesse après R.A.A. Acta Obst.Gyn. Scand.1952,31, n°4
471-177 (Bibliogr).
- 37 - JOHNSON E.E., STOLLERMAN G.H., GROSSMAN B.J. et McCULLOCH H. :
Les infections staphylococciques chez l'adolescent et l'a-
dulte, après rémission prolongée de fièvre rhumatismale. I.
Résultats des 3 premières années d'étude. New England J. Med
21 Juin,1960,263, n°3, 105-111, 2 fig.5tabl. (Bibliogr).
- 38 - JULKUNEN H., PIETILA K. et ELO J. :
Infection urogénitale de l'homme en rapport avec la spon-
dyarthrite et le R.A.A. Acta Med. Scand. Mars 1966, 179,
n°3, 301-305 -(Bibliogr).



- 39 - LAABAN J. et DUPUY J.F. :
Le R.A.A. chez l'adulte. Coeur et Méd.Int. Av. 1970, 2, n°2
201-207 (Bibliogr).
- 40 - LARTY J. et MERIAUX J. :
La maladie de Bouillaud. Rev. de 100 cas en hôpital Maritime
J. Med. Bordeaux, mars 1963, 140, n°3, 413-419.
- 41 - MAGIDA M.G. et STREITFELD F.H. :
Aspect clinique des cardiopathies rhumatismales au cours
des 3è, 4 et 5ème décades de la vie. II - Pronostic, Morbidité
Circulation, nov. 1957, 16, n°5, 713-722 (Bibliogr).
- 42 - MARTY :
Régression du R.A.A. dans la Marine. J. Med. Bordeaux, fév.
1952, 129, n°2, 145-148 (Bibliogr).
- 43 - MASINI V. :
Etude clinique et statistique sur l'évolution et le pronostic
de la cardiopathie rhumatismale III. Les vices cardiaques
d'origine rhumatismale dans les sujets âgés de plus
de 45 ans. Cuore e Circol. av. 1949, 33, n°2, 76-84 (Biblio).
- 44 - MIKHAILOVA I.N. et Coll. :
Les résultats primaires de la prophylaxie continue (annuelle)
des rechutes de rhumatisme par la bacilline-aspirine chez
l'adulte. Klinitcheskaja med. (Moscou), 1970, 48, n°1,
17-21 (Bibliogr).
- 45 - MORIN M. :
Notre expérience du traitement de la maladie de Bouillaud
de l'adulte. Rev. Prat. 1er Nov. 1951, 1, n°4, 219-223.
- 46 - MOU T.W., FELDMAN H.A. et HARTENSTEIN H. :
La prévention des récidives de fièvres rhumatismales chez
l'enfant et l'adulte par la pénicilline "per os" à inter-
valles espacés. Am. J. Med. Sc. Av. 1960, 239, n°4, 403-416
10 Tabl. (Bibliogr).
- 47 - OSMAN M.A. :
Aspect clinique et évolution de la cardite rhumatismale
chez les malades âgés et séniles. Etudes clinico-anatomiques.
Terapevtitcheskii Arkhiv (Moscou) 1969, n°11, 52(54).
(Bibliogr).
- 48 - PADER E. et ELSTER S.K. :
Etudes sur le R.A.A. chez l'adulte. 1° Manifestations cliniques
et de laboratoire chez 30 malades. Am. J. Med. mars
1959, 26, n°3, 424-441, 11 fig. 11 tabl (Bibliogr).
- 49 - PERMYAKOV N.K. et PODOLSKY A.E. :
Cardiopathies rhumatismales des personnes d'âge moyen et
des vieillards. Klinitcheskaja Med. (Moscou), 1964, 42
n° 7, 40-48 (Bibliogr).
- 50 - PEROLINI :
Prévention collective du R.A.A. par pénicilloprophylaxie
Rev. Corps Santé Armées; fév. 1961, 2, n°1, 87-90.

- 51 - PERROT B.R. :
A propos de 255 cas de rhumatisme articulaire de l'adulte jeune en milieu militaire. Thèse Paris, 1961, n°524, 124 p.
- 52 - RATTI R. :
Pronostic du rhumatisme vrai chez l'adulte (R.A.A.)-Paris 6 juil. 1967, 56, n°27, 934-944(Biblio)(Résumé français).
- 53 - RAVAUULT P., VIGNON G. et FRAISSE H. :
Le traitement du R.A.A. et subaigu de l'adulte. Gaz.Med. France, av. 1950, 57, n°8, 369-375.
- 54 - RINGENBACH C.R. :
Contribution à l'étude de la maladie de Bouillaud de l'adulte. A propos de 7 cas de primo-invasion survenus après l'âge de 25 ans. Thèse Paris, 1955, n°1108, 133 pages.
- 55 - ROBIN J., ORDONNEAU P. et CLEMENT D. :
Deux cas de R.A.A. tardif de l'adulte avec lésion cardiaque traités par A.C.T.H. - Rev. Rhumat.Sept. 1951, n°9, 489-491
- 56 - SASLAW M.S. et JABLON J.M. :
Epidémiologie des streptocoques B-Hémolytiques du groupe A. Leurs rapports avec le R.A.A. à Miami. Etude s'étendant sur 6 années. Circulation, mai 1960, 21, n°5 (I), 679-683, 3 tableaux (bibliogr).
- 57 - SIGØIER F., WELTI J.J., LUMBROSO P. et LELIEVRE J. :
Le R.A.A., hormono-résistant de l'adulte âgé. B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris 1952, n°9 et 10, 359-364.
- 58 - SNELL M. :
La fièvre rhumatismale chez les adultes jeunes. J. Am. Med. Ass. Av. 1947, 133, n°14, 981-989, 8 fig.
- 59 - SOULIE P., ACAR J., ROLLAND P. et CARAMANIAN M. :
L'évolutivité des lésions valvulaires rhumatismales de l'adulte. Coeur et méd. Interne, Janv. 1965, 4, n°1, 43-51, 8 fig. (bibliogr).
- 60 - STEVENSON A.C. et CHEESEMAN E.A. :
Hérédité et fièvre rhumatismale. Etude de 462 familles chez qui on pouvait le vérifier par un enfant affecté et de 51 familles qui présentaient une mère affectée. Ann. Eugen. fév. 1953, 17, n°3, 177-210 (Bibliogr).
- 61 - STOIA I. :
Les différences entre la maladie de Bouillaud chez l'enfant et chez l'adulte particulièrement en ce qui concerne les signes hépato-intestinaux. Polski Tygod.Lek. 1962,17, n°40 1546-1549.
- 62 - STOLLERMAN G.H. :
Le R.A.A. Arch. Of Int. Med. Août 1956, 98, n°2, 211-220 (Bibliogr).
- 63 - STOLLERMAN G.H. : L'épidémiologie du R.A.A. primaire et secondaire in "Streptocoque R.A.A. et Glomérulonéphrite "(Symposium Fac. Med. New York 1962), Williams a Wilkins édit.Baltimore, 1964, 311-329, 10 Tabl. (Bibliogr).

- 64 - UELAND K. et METCALFE J. :
Fièvre rhumatismale aiguë dans la grossesse.- Am. J. Obst. Gyn., 15 Juin 1966, 95, n°4, 586-587.
- 65 - URIBARRI G., MARTINEZ GASTAY A. et FERNANDEZ PIZARRO J.P. :
Fièvre rhumatismale familiale. Rev. Clin. Espan. 30 juin 1965, 97, n°6, 410-412 (Bibliogr)(Résumé français).
- 66 - VALKENBURG H.A., GOSLINGS W.R.O., BOTS A.W., DEMOOR C.E. et LORRIER J.C. :
taux des pharyngites streptococciques, de rhumatisme articulaire et de glomérulonéphrite dans une population II. Epidémiologie de la pharyngite streptococcique dans un village pendant 2 ans. New England J. Med. 28 mars 1963, 269, n°13, 694-701, 5 fig. 5 tabl. (Bibliogr).
- 67 - VILENSKY L.I. :
Le rhumatisme à un âge avancé et chez le vieillard. Terapev-ticheski Arkhiv (Moscou) 1966, 38, n°6, 39-42 (résumé anglais)
- 68 - VIRKUNEN M., LAITINEN H. et SEPPALA T. :
Le tableau clinique de la cardite rhumatismale de l'adulte (96 cas). Acta rheumat. Scand. 1961, 7, n°3, 191-200 (bibliogr)(Résumé français).
- 69 - WEE A.S.T. et GOODWIN J.F. :
R.A.A. et atteinte cardiaque chez les adultes âgés. Lancet 30 Juil. 1966, n° 7457, 239-242 (Bibliogr).
- 70 - WELFRINGER A. :
Etudes sur le R.A.A. de l'adulte (clinique et thérapeutique) D'après 352 observations recueillies en milieu militaire. Thèse Nancy 1957, n°63.
- 71 - WILSON M.G. et WAN NGO LIM :
Aspect clinique des cardiopathies rhumatismales au cours des 3°, 4°, 5 décades de la vie. I, pronostics. Guérison. Circulation, nov. 1957, 16, n°5, 700-712, 5 tabl.(Bibliogr)
- 72 - WROBLESKI F. et MESSINGER W.J. :
Les rhumatismes cardiaques actifs chez les malades de plus de 40 ans. Am. Heart J., sept. 1950, 40, n°3, 345-353(Biblio)
- 73 - X - : Les antistreptolysines sériques au cours de la maladie de Douillaud chez les adultes jeunes. Presse méd. 21 Av. 1962 70, n°19, 942.
- 74 - X - : Histoire naturelle du R.A.A. et des cardiopathies rhumatismales. Brit. Med. J. 11 Sept. 1965, n°5462, 607-615, 10 Tabl.(Bibliogr).
- 75 - X- : Thrombocytopénie chez une jeune femme ayant un R.A.A.. New England J. Med. 12 Sept. 1963, 269, n°11, 577-583, 6 fig. (bibliogr).

